

Aus dem Lehrstuhl
für Innere Medizin III
Prof. Dr. med. Wolfgang Herr
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Die Patientenverfügung im Urteil der Ärzte:
Eine qualitative Inhaltsanalyse publizierter
ärztlicher Stellungnahmen aus den Jahren 2009 bis 2014**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanmedizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Thomas Gelbrich

2015

Aus dem Lehrstuhl
für Innere Medizin III
Prof. Dr. med. Wolfgang Herr
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Die Patientenverfügung im Urteil der Ärzte:
Eine qualitative Inhaltsanalyse publizierter
ärztlicher Stellungnahmen aus den Jahren 2009 bis 2014**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanmedizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Thomas Gelbrich

2015

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Daniel Wolff

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Bein

Tag der mündlichen Prüfung: 16.06.2015

Meiner Frau

„Die Angst der Menschen vor ihrer Entpersonalisierung durch eine technisierte Medizin ist objektiv begründet. Aber da diese Medizin ungeheure Fortschritte in der Beseitigung von Leiden erreicht hat und weiter erreicht, kann eine kritische und besonnene Abwägung dessen, was wir mit dem Menschen machen, also was wir mit uns machen lassen, nur Hand in Hand gehen mit dem Verzicht darauf, Leidbeseitigung zum obersten Wert zu erheben, dem wir alles zu opfern bereit sind – auch die Existenz des Leidenden.“

Robert Spaemann

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I-VI
EINLEITUNG	1
1. ENTSTEHUNGSGESCHICHTE UND AKTUELLE RECHTSLAGE	6
1.1 Die Patientenverfügung im System der Vorsorgeinstrumente	6
1.2 Der Weg zu einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung in Deutschland	9
a) Hintergrund der Entwicklung	9
b) Die Rechtslage bis 2009	13
(1) Urteil des 1. Strafsenates des BGH vom 13. September 1994: Das „Kemptener Urteil“	14
(2) Urteil des 12. Zivilsenates des BGH vom 17. März 2003: Der „Lübecker Fall“	18
α Formale und inhaltliche Voraussetzungen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen	20
β Die Reichweite der Patientenverfügung	22
γ Zusammenfassung	24
c) Außergerichtliche Stellungnahmen	26
d) Die Gesetzesentwürfe	30
1.3 Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes („Patientenverfügungsgesetz“)	33
1.4 Ziele des Patientenverfügungsgesetzes	37
1.5 Rechtliche Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes	37
a) Einwilligungsfähiger Volljähriger	37
b) Schriftform	39
c) Fernwirkung	40

d)	Bestimmtheitserfordernis.....	40
(1)	Bestimmte (ärztliche) Maßnahmen.....	41
(2)	Aktuelle Lebens- und Behandlungssituation	42
(3)	Lösung des Gesetzgebers.....	43
e)	Mutmaßlicher Wille.....	45
f)	Prüfungspflicht und Prüfungsrecht des Betreuers	46
g)	(Ärztliche) Aufklärung.....	48
h)	Reichweitenbegrenzung	49
i)	Widerruf.....	51
1.6	Auswirkungen in der Rechtsprechung.....	52
a)	Urteil des 2. Strafsenats des BGH vom 25. Juni 2010: Der „Fuldaer Sterbehilfefall“.....	52
b)	BGH-Urteil vom 10. November 2010: Der „Kölner Sterbehilfefall“	54
1.7	Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis	56
1.8	Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung	58
1.9	Das „Patientenrechtegesetz“.....	59
1.10	Zusammenfassung.....	61
2.	METHODIK.....	63
2.1	Die qualitative Inhaltsanalyse.....	63
a)	Regelgeleitetes Vorgehen	65
b)	Computergestützte Analyse.....	69
2.2	Das Analysematerial.....	70

3. ERGEBNISSE 75

3.1 Das Patientenverfügungsgesetz im Urteil der Ärzte..... 76

(a)	Stärken des Patientenverfügungsgesetzes.....	76
(1)	Der Gewinn an Rechtssicherheit	77
	α Geklärte Verbindlichkeit.....	77
	β Verfahrensrechtliche Klärungen	78
(2)	Die (formale) Stärkung der Patientenautonomie	79
	α Niedrige Hürden zur Abfassung einer Patientenverfügung.....	79
	β Verfahrensrechtliche Anweisungen	80
(3)	Die Schutzfunktion des Gesetzes	81
	α Der Schutz der Freiheitsrechte des Patienten	82
	β Der Schutz der Angehörigen	82
(4)	Hilfreiches Konzept des mutmaßlichen Willens	83
(b)	Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes.....	83
(1)	Einseitigkeit des Patientenverfügungsgesetzes.....	84
(2)	Die Nicht-Entbehrlichkeit des gesetzlichen Vertreters	86
(3)	Gefahr durch fehlende Reichweitenbegrenzung	87
	α Mögliche Selbstschädigung	87
	β Mögliche Fremdschädigung	88
(4)	Nur nominelle, nicht faktische Stärkung der Patientenautonomie	89
	α Fehlende Beratungspflicht	90
	α1) Fehlende konkrete Regelungen zur Beratung	90
	α2) Erschwerte Auslegung.....	92
	α3) Fehlende Bezahlung.....	92
	β Fehlende Aktualisierungspflicht	93
(5)	Gefahr der Fremdbestimmung.....	93
	α Fremdbestimmung durch Rekurs auf den mutmaßlichen Willen	94
	β Fremdbestimmung durch Angehörige	94
	γ Fremdbestimmung durch den Begriff der medizinischen Indikation	95
(6)	Das Patientenverfügungsgesetz in der Psychiatrie	96
c)	Diskursanalyse.....	98

3.2 Die Patientenverfügung im Urteil der Ärzte	99
a) Stärken der Patientenverfügung	100
(1) Die Patientenverfügung als zeitgemäßes Instrument	100
(2) Patientenverfügung als Instrument des Dialogs	101
(3) Ermöglichte Mitbestimmung durch Patientenverfügung	102
(4) Die Patientenverfügung als Schutz vor der Aggressivität der modernen Medizin	104
(5) Die Patientenverfügung als Entlastung	106
(6) Die Patientenverfügung als Chance für die psychiatrische Behandlung	108
b) Allgemeine Schwächen der Patientenverfügung	110
(1) Das falsche Menschenbild	110
(2) Der Autonomieanspruch als Ideologie	111
(3) Die Verneinung verzichtvollen Lebens	111
(4) Die Gefahr des Automatismus	112
(5) Formulare statt Ethik	114
c) Spezielle Schwächen der Patientenverfügung	115
(1) Mögliche Überforderung des Patienten	116
α Problem der Antizipation	116
β Problem des fehlenden medizinischen Wissens	117
(2) Bedeutung der Selbstbestimmung bei Patienten gering	119
α Akzeptanz unter Tumorkranken gering	120
β Geringe Verbreitung der Patientenverfügung	120
(3) Die Patientenverfügung als Falle	122
α Fehlende Aktualisierungspflicht	123
β Die Patientenverfügung bei Demenz	124
γ Die Patientenverfügung und der psychiatrische Patient	126
γ1) „Einsperren ohne Therapie“	126
γ2) Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit	129

(4)	Patientenverfügungen ohne Relevanz für Behandlungsentscheidungen	130
α	Fehlender Einfluß aufgrund praktischer Probleme	131
α1)	Mangelnde Berücksichtigung durch medizinisches Personal	131
α2)	Schwierigkeit bei Auslegung der Patientenverfügung	132
α3)	Mangelnde Verfügbarkeit	133
β	Fehlender Einfluß aufgrund inhaltlicher Probleme	134
β1)	Die fehlende Paßgenauigkeit	134
β2)	Die fragliche Validität	136
γ	Fehlender Einfluß aufgrund formaler Probleme	137
γ1)	Problem der pauschalen Formulierungen	137
γ2)	Unbrauchbare Patientenverfügungsformulare	138
(5)	Patientenverfügungen für Intensivmedizin irrelevant	140
(6)	Patientenverfügungen für die Notfallmedizin ungeeignet	143
(7)	Schwierige Ermittlung des mutmaßlichen Willens	147
α	Praktische Probleme	147
β	Soziale Probleme: die Angehörigen	148
γ	Traumatisierung der Angehörigen durch stellvertretende Entscheidung	149
d)	Diskursanalyse	150
3.3	Zusammenfassung	152
3.4	Der Anspruch des Gesetzgebers an die Patientenverfügung – der ärztliche Standpunkt	156
4.	DISKUSSION	160
4.1	Kritische Betrachtung der Methodik	160
a)	Suche und Auswahl der Beiträge	160
b)	Methodisches Vorgehen	161
4.2	Vergleich mit der Fachliteratur	163
a)	Der Gewinn an Rechtssicherheit	164
b)	Fehlender Einfluß auf Behandlungsentscheidungen	166
c)	<i>Advance Care Planning</i> als Lösung?	169
d)	Die Selbstbestimmung am Lebensende	172

5. AUSBLICK	175
6. ZUSAMMENFASSUNG	177
LITERATURVERZEICHNIS.....	180
LITERATURVERZEICHNIS ZUR QUALITATIVEN INHALTSANALYSE	193
DANKSAGUNG	
LEBENS LAUF	

Einleitung

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Frage, wie aus ärztlicher Sicht der Anspruch des Gesetzgebers, mit dem Instrument der Patientenverfügung das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu stärken, bisher eingelöst wurde.

Seit der Bundesgerichtshof in seinen Beschlüssen aus den Jahren 2003¹ und 2005² die Verbindlichkeit und Grenzen der Patientenverfügung näher bestimmte und zugleich eine gesetzliche Regelung als wünschenswert erachtete, war und ist um das Thema Patientenverfügung eine Debatte entbrannt. Die gesetzliche Regelung ist am 1. September 2009 mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes („Patientenverfügungsgesetz“) in Kraft getreten. Mit dieser Gesetzesänderung wird das Vorsorgeinstrument der Patientenverfügung erstmals im Betreuungsrecht³ geregelt.⁴ Die neuen Regelungen sehen vor, daß Patientenverfügungen, verstanden als schriftliche Willensbekundungen eines einwilligungsfähigen Volljährigen zu noch nicht unmittelbar bevorstehenden ärztlichen und pflegerischen⁵ Maßnahmen, unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung verbindlich sind.

In der die Gesetzgebung begleitenden Diskussion war – von Patientenrechteorganisationen wie Juristen – als ein zentrales Thema mantraartig der Anspruch wiederholt worden, daß das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mittels der Patientenverfügung gewahrt bzw. gestärkt

¹ Vgl. BGH, 17.03.2003 - Aktenzeichen XII ZB 2/03.

² Vgl. BGH, 08.06.2005 - Aktenzeichen XII ZR 177/03.

³ Das Betreuungsrecht als Ort für das Patientenverfügungsgesetz ergibt sich aus seinem Regelungsgehalt. Denn „die Vorschrift regelt die Patientenverfügung nicht allgemein (sie stünde dann besser im Allgemeinen Teil des BGB); sie regelt auch nicht allgemein das Arztrecht und nicht, was geschieht, wenn jemand behandelt werden soll, aber weder einen Betreuer noch einen Bevollmächtigten hat. Sie behandelt nur einen Teilaspekt: nämlich wie sich Betreuer bzw. Bevollmächtigte zu verhalten haben, wenn eine Patientenverfügung des Betreuten bzw. Bevollmächtigten vorliegt bzw. nicht vorliegt“ [DAMRAU/ZIMMERMANN (2011), Rn. 3 zu § 1901a BGB].

⁴ Vgl. VERREL/SIMON (2010), S. 13.

⁵ Vgl. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 5 zu § 1901a BGB.

werden müsse.⁶ Auch wurde die Diskussion stark einseitig aus patientenzentrierter Sicht geführt. Vor allem der in der parlamentarischen Abstimmung mehrheitlich angenommene Gesetzesentwurf um den SPD-Abgeordneten Stünker hat sich diese Sicht zu eigen gemacht, indem als Ziel des Gesetzesentwurfes die größere Rechtssicherheit für alle Beteiligten und die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts hervorgehoben wurde.⁷

Durch die nun in der Gesetzgebung akzeptierte Sicht der Patientenverfügung als Ausdruck des fortwirkenden Selbstbestimmungsrechts des Patienten, ergeben sich aber nicht geringe Schwierigkeiten. Deutlich wird dies vor allem an dem Verzicht auf eine gesetzliche Pflicht zur Aufklärung. Auch hier wurde nämlich das Selbstbestimmungsrecht ins Feld geführt: Niemand soll gezwungen werden, sich aufklären zu lassen.⁸ Allerdings zeigt sich dadurch in der Praxis häufig eine unzureichende Qualität – und damit Bindungswirkung – der Verfügung.⁹ Auch der sogenannte „Betreuervorbehalt“ nach § 1901a Abs. 1 BGB wurde vom Gesetzgeber mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eingeführt. Dem Betreuer – analog dem Bevollmächtigtem – kommt hiernach die Aufgabe der konsequenten Interessenwahrnehmung des nicht einwilligungsfähigen Patienten zu.¹⁰ Aus der Wahrnehmung der Selbstbestimmung des Patienten durch den Betreuer¹¹ kann aber leicht eine Fremdbestimmung für den Patienten werden.¹² Das Selbstbestimmungsrecht scheint insofern durch das Patientenverfügungsgesetz offenbar selbst ad absurdum geführt zu werden.

⁶ Siehe hierzu HAHNEN et al. (2009), die eine Analyse der Sterbehilfedebatte anhand von Artikeln in großen deutschen Tageszeitungen aus den Jahren 2006 und 2007 vorgenommen hat. In den insgesamt 433 ausgewerteten Artikeln waren 300mal Wörter wie „Selbstbestimmung“, „selbstbestimmt“ und „Autonomie“ zu finden [Vgl. Dies., S. 293]. Sie stellt daher fest: „Das Selbstbestimmungsrecht wird in den Zeitungsartikeln als zentrales Konzept präsentiert. Die Autonomie ermögliche Würde und sei daher selbst mit allen Mitteln zu wahren. Zu diesen Mitteln gehört in der Darstellung der Zeitungen die Patientenverfügung ebenso wie das Recht auf einen selbstbestimmten Todeszeitpunkt durch Beihilfe zum Suizid oder Sterbehilfe.“ [Dies., S. 300].

⁷ Vgl. STÜNKER et al. (2008), S. 3.

⁸ Vgl. FRIEDRICH (2013), S. 315.

⁹ Vgl. Ebd.

¹⁰ JÜRGENS (2014), § 1901a Rn. 2 BGB. Siehe hierzu auch GRÖZINGER et al. (2011), S. 58.

¹¹ Vgl. SEICHTER (2010), S. 142: „[Der Arzt] hat das Entscheidungsrecht des Betreuers genauso ernst zu nehmen wie das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, von dem sich das Entscheidungsrecht des Betreuers ja ableitet.“

¹² Vgl. BAUER (2011), S. 520.

Auch über die Haltung der Ärzte zum Thema „Rechtssicherheit durch Patientenverfügung“ sind bisher keine belastbaren Untersuchungen bekannt. Wird in diesem Punkt die Patientenverfügung als Erfolg verbucht oder sieht die Ärzteschaft es noch so, wie es direkt vor der Abstimmung der Vorsitzende der Bundesärztekammer und sein Stellvertreter formulierten, nämlich „daß eine detaillierte gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen mehr Schaden anrichtet als nutzt [...] und zu mehr Rechtsunsicherheit führen würde, wo längst Rechtsklarheit besteht“¹³?

Bereits 2004 wurde in den USA – wo das Instrument der Patientenverfügung seit 1976 existiert – von Angela Fagerlin und Carl Schneider eine Metaanalyse von über 100 Studien zum Thema Patientenverfügung ausgewertet.¹⁴ Diese „einer fundamentalen Autonomie-Kritik unverdächtigen Wissenschaftler“ haben „vor dem Hintergrund einer überwältigenden empirischen Datenlage das ganze Konzept der Patientenverfügung als solches für unausweichlich gescheitert erklärt“¹⁵. Sie erklärten, die Patientenverfügung könne gar nicht einlösen, was die „Selbstbestimmungs-Propaganda“ verheiße.¹⁶ Zwar lassen sich die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen. Es wird aber die Vermutung geäußert, „daß mit einer gesetzlichen Verankerung der Patientenverfügung allein die selbstbestimmte Gestaltung der Behandlung am Lebensende nicht sicher gewährleistet werden kann“¹⁷.

Vorliegende Arbeit will nun überprüfen, ob tatsächlich solche Schlußfolgerungen auch für die Situation in Deutschland gezogen werden können. Nachdem in der Debatte rund um die Gesetzesentstehung viel über den Standpunkt der Patienten zu hören war, soll nun in dieser

¹³ HOPPE/MONTGOMERY (2009), S. 1.

¹⁴ FAGERLIN/SCHNEIDER (2004).

¹⁵ MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 216. Eine derartige Fundamentalkritik an der Umsetzung der Patientenverfügung in den USA scheint sich zu relativieren, wenn man mit Blick auf die anderen – durchaus lesenswerten – Veröffentlichungen genannter Autoren sich des Eindrucks nicht erwehren kann, daß die Patientenverfügung als Negativfolie verwendet wird, damit ihr eigenes Thema des *Advance Care Planning* („Gesundheitliche Vorausplanung“) in um so hellerem Licht erstrahlt.

¹⁶ „But we accept for the sake of argument that living wills desirably serve a strong version of patients' autonomy. We contend, nevertheless, that living wills do not and cannot achieve that goal.“ [FAGERLIN/SCHNEIDER (2004), S. 30]

¹⁷ MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 216.

Arbeit die Ärzteschaft¹⁸ zu Wort kommen und ihre Sicht auf das gesetzlich definierte Instrument der Patientenverfügung analysiert werden. Über den Standpunkt der Ärzte war in der die Gesetzgebung begleitenden Diskussion wenig zu hören. Das überrascht, stehen sie doch im Schnittpunkt zwischen Medizin, Ethik und Recht und sind damit – neben ihrer im Gesetzestext explizit ausgewiesenen Rolle als Adressat der Patientenverfügung – gleichsam „erste Betroffene“ des neuen Gesetzes. Die dabei leitende Frage ist: führt aus ärztlicher Sicht das Gesetz zur Patientenverfügung tatsächlich zu einer Stärkung der Patientenautonomie? Und falls nein, was sind die aus der Ärzteschaft hierfür hervorgebrachten Gründe?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden publizierte Stellungnahmen von Ärzten aus den vergangenen rund fünf Jahren seit Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierbei wurde der Fokus auf den Standpunkt der Ärzteschaft zum Thema Patientenautonomie gerichtet. Aus einer solchen Beschäftigung mit ärztlichen Stellungnahmen kann dann anhand eines Stimmungsbildes ein Urteil über das neue Gesetz gezeichnet werden, ob und wie mit diesem eine Stärkung der Patientenautonomie möglich ist. Quasi nebenbefundlich wird aber auch eine Aussage möglich, welche anderen Themen und eventuell Probleme aus der Erfahrung im Umgang mit der Patientenverfügung resultieren.

Was den Aufbau dieser Untersuchung angeht, so soll zunächst die Patientenverfügung in ihrer Geschichte und Entstehung vorgestellt werden (Kapitel 2). Den Abschluß dieses Kapitels bildet ein Überblick über die aktuelle Gesetzeslage. In den nachfolgenden Kapiteln wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben (Kapitel 3), um anschließend die mit dieser Methode gewonnenen Ergebnisse aus der Beschäftigung mit der ausgewählten Literatur zu präsentieren (Kapitel 4). Im Rahmen einer Diskussion (Kapitel 5) wird auf die Grenzen vorliegender Untersuchung und auf ihre Einordnung in den Kontext neuerer Veröffentlichungen zum Thema

¹⁸ Humanmediziner.

Patientenverfügung eingegangen. Abschließend soll anhand der Ergebnisse ein Ausblick auf den zukünftigen Forschungsbedarf gegeben werden (Kapitel 6).

Die Klärung der Frage einer möglichen Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes ist nach Ansicht des Autors gerade deshalb so wichtig, weil sie zentral die grundsätzliche Frage nach der Zweckmäßigkeit der jetzigen gesetzlichen Ausgestaltung der Patientenverfügung berührt. Die Rechtfertigung der Behauptung, daß die Patientenverfügung zu einer Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten führt, kann nicht unabhängig von der Frage erfolgen, ob dieser Anspruch *in praxi* durch die Ärzte bestätigt wird. Diese Klärung ist wichtig für eine Evaluation der neuen Gesetzeslage, wie sie bereits vom damaligen thüringischen Ministerpräsidenten Dieter Althaus in der Bundesratssitzung vom 10. Juli 2009 gefordert wurde, „damit der Gesetzgeber zeitnah nachbessern kann“¹⁹.

¹⁹ Zitiert aus SCHINDLER (2009).

1. Entstehungsgeschichte und aktuelle Rechtslage

Hinführend zur qualitativen Inhaltsanalyse als dem Hauptteil vorliegender Arbeit, werden in diesem Kapitel die Hintergründe des Patientenverfügungsgesetzes beleuchtet. Aus eigenen Gesprächen mit ärztlichen Kollegen weiß der Autor um eine weitverbreitete Unkenntnis der Entstehungsgeschichte des Gesetzes sowie des genauen Gesetzesinhaltes. Auch die sich aus dem Gesetzestext ableitenden Konsequenzen für den Umgang mit Patientenverfügungen sind unter Ärzten längst nicht allgemein bekannt.

Es wird daher im folgenden auf die Entstehungsgeschichte des Patientenverfügungsgesetzes ein eigener Schwerpunkt gelegt. Zum einen werden auf diese Weise die zwei Leitmotive der Gesetzesdebatte deutlich: nämlich Selbstbestimmung und Rechtssicherheit. Zum anderen kann so gezeigt werden, wie höchstrichterliche Präzedenzurteile einen Einstellungswandel der Ärzteschaft bedingten. Weiter erwächst aus der Beschäftigung mit den unterschiedlichen – teils konträren – Positionen im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses ein Verständnis für die unterschiedlichen Facetten der ärztlichen Stellungnahmen *post legislationem*. Abgerundet wird das Kapitel durch die Erläuterung der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen.

1.1 Die Patientenverfügung im System der Vorsorgeinstrumente

Mit der Bezeichnung Patientenverfügung, „die den früher üblichen, aber nicht zuletzt aufgrund seiner Assoziationen zum Vermögenstestament mißverständlichen Begriff des

„Patiententestaments“²⁰ ersetzt hat, werden Erklärungen von Personen erfaßt, wie diese im Fall künftiger krankheitsbedingter Einwilligungsunfähigkeit behandelt werden wollen“²¹. Für eine Patientenverfügung kennzeichnend ist demnach die „Antizipation von Behandlungsentscheidungen für den Fall eines erst später eintretenden Krankheitszustandes, in dem der Betroffene seinen Willen nicht mehr selbst zum Ausdruck bringen kann“²². Gegenstand der Behandlungsentscheidung kann sowohl die Unterlassung oder Begrenzung als auch die Vornahme bestimmter Behandlungen sein, „wenngleich negative Behandlungswünsche typischerweise im Vordergrund stehen und auch die besondere praktische wie rechtliche Relevanz von Patientenverfügungen ausmachen“²³.

Die Patientenverfügung steht als Mittel der vorsorgenden Willensausübung von Selbstbestimmung²⁴ nunmehr neben den schon länger im Betreuungsrecht verankerten Vorsorgeinstrumenten der Vorsorgevollmacht (§§ 1896 Abs. 2, 1901c S. 2 BGB) und der Betreuungsverfügung (§ 1901c S. 1 BGB).²⁵ Mit der Vorsorgevollmacht kann der Vollmachtgeber eine Person seines Vertrauens dazu ermächtigen, seine (Gesundheits-)

²⁰ DAMRAU/ZIMMERMANN (2011), Rn. 2 zu § 1901a BGB: „Das Wort ‚Patiententestament‘ ist irreführend (denn ein Testament betrifft das Vermögen und ist erst nach dem Tod des Patienten bedeutsam, hier aber geht es um die Zeit vor dem Tod und um die medizinische Betreuung); es sollte nicht verwendet werden.“ Zu den auch beim Begriff der Patientenverfügung bestehenden Ungenauigkeiten siehe SPICKHOFF (2011), Rn. 3 zu § 1901a BGB: „Schon der Begriff Patienten-,*verfügung*‘ führt vom streng juristischen Standpunkt aus in die Irre. Denn es handelt sich keineswegs um eine Verfügung im rechtstechnischen Sinne, auch nicht um eine Verfügung von Todes wegen. Die Regelungen in den sog. Patientenverfügungen sind nicht auf die Zeit nach dem Tod, sondern – von Sektion und Transplantation abgesehen – allesamt gerade auf die Zeit vor dem Tode bezogen. Zudem ist der Begriff insoweit irreführend, als die darin enthaltene Willensbekundung nicht zu einer Zeit abgegeben sein muß, zu welcher der Betroffene als ‚Patient‘ in ärztlicher Behandlung gestanden hat.“

²¹ VERREL (2010), S. 14.

²² VERREL (2010), S. 14.

²³ VERREL (2010), S. 14. Zwar beschreibt auch der neue § 1901a Abs. 1 S. 1 BGB den möglichen Inhalt von Patientenverfügungen in einem umfassenden Sinn als Festlegungen darüber, ob der Verfügungsverfasser „in bestimmte [...] Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt“. Allerdings stellt hierzu MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 22 zu § 1901a BGB zutreffend fest: „In der Untersagung der Einwilligung in lebenserhaltende medizinische Maßnahmen [...] liegt in der Regel der eigentliche Sinn der Patientenverfügung, die auf die Vermeidung sinnlosen Leidens durch die technischen Möglichkeiten der modernen Medizin ausgerichtet zu sein pflegt.“ Pointierter RAMM (2011), S. 3: „Behandlungsbegrenzung gilt [...] als Chance, und beides – Leistungsbegrenzung und Behandlungsverzicht – finden sich im Kontext der Patientenverfügungen akzeptiert.“

²⁴ „Selbstbestimmungsrecht (Art. 1 Abs. 1 und 2 GG), Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 GG) und abstrakter Lebensschutz sind konkurrierende Werte. Heute steht das Selbstbestimmungsrecht im Vordergrund“ so DAMRAU/ZIMMERMANN (2011), Rn. 2 zu § 1901a BGB zu den Grundlagen des Patientenverfügungsgesetzes.

²⁵ Vgl. VERREL (2010), S. 14f.

Angelegenheiten²⁶ für den Fall wahrzunehmen, daß er selbst dazu nicht mehr in der Lage ist. Durch die Einsetzung eines solchen Bevollmächtigten „kann das sonst platzgreifende amtliche Verfahren der Bestellung eines Betreuers durch das Betreuungsgericht²⁷ [...] vermieden werden“²⁸. Die Betreuungsverfügung wiederum gibt die Möglichkeit, Wünsche im Hinblick auf die Person des gerichtlich zu bestellenden Betreuers und die inhaltliche Wahrnehmung der Betreuung zu äußern.²⁹ Beide, Betreuer und Bevollmächtigter³⁰, haben gleichermaßen die Funktion, „den nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten im Rahmen ihrer Vollmacht bzw. ihres Aufgabenkreises nach außen und insbesondere gegenüber dem Arzt wirksam zu vertreten“³¹. Da Patientenverfügungen als Vorabentscheidungen in Bezug auf ein lediglich vorgestelltes künftiges Ereignis „stets eine gewisse Statik und damit eine nur begrenzte Leistungsfähigkeit haben“³², wird allgemein eine Kombination der Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung empfohlen.³³

²⁶ Neben der Gesundheitssorge kann eine Vorsorgevollmacht auch andere Bereiche, wie z.B. die Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten, die Vertretung bei Behörden, Banken und Post oder die Vermögensfrage umfassen.

²⁷ Die bisherige Bezeichnung als Vormundschaftsgericht ist durch Art. 50 des am 1. September 2009 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit“ (FamFG) abgelöst worden.

²⁸ VERREL (2010), S. 15. Hierzu muß allerdings gesagt werden, daß die Kostenexplosion (siehe HAASE et al. [2003]) auf Seiten der Betreuungsgerichte auf das Konto des Gesetzgebers geht. Dieser hat nämlich mit dem sich seit 1992 in Kraft befindenden Betreuungsrecht die nächsten Angehörigen als natürliche rechtliche Vertreter aberkannt. Anlaß war eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes des Betreuten [Vgl. HEBLER (2012), S. 141] auch gegenüber den Angehörigen, wodurch die Gefahr einer möglichen (finanziellen) Vorteilsgewinnung durch die Angehörigen bei Übernahme der Betreuung unterbunden werden sollte. Dies hatte die (bis jetzt geltende) fragwürdige Folge, daß selbst Ehepartner oder volljährige Kinder eine Vollmacht benötigen, um stellvertretend für den Patienten, respektive nächsten Angehörigen, entscheiden zu können [Vgl. SIMON (2010), S. 61].

²⁹ Vgl. VERREL (2010), S. 15.

³⁰ Mit dem Patientenverfügungsgesetz wird der Bevollmächtigte rechtlich dem Betreuer (nahezu) gleichgestellt. Beide unterscheiden sich nicht im möglichen Umfang der rechtlichen Vertretung, sondern jeweils in der Art ihrer Beauftragung: der Betreuer wird vom Betreuungsgericht unter Rücksicht auf eine etwaig vorhandene Betreuungsverfügung bestellt, der Bevollmächtigte mittels einer Vorsorgevollmacht des zukünftig Vertretenen.

³¹ VERREL (2010), S. 15. Wegen dieser schon bisher im Betreuungsrecht geregelten Stellvertretung war es notwendig, nicht nur die Voraussetzungen verbindlicher Patientenverfügungen zu normieren, sondern auch zu klären, welche Bedeutung Patientenverfügungen für den gesetzlichen oder gewillkürten Vertreter haben [Vgl. Ebd.].

³² VERREL (2010), S. 15. Gerade dieser Umstand führt laut HÖFLING (2011) zur „Gretchenfrage“ jeder Regelung zur Bindungswirkung von Patientenverfügungen: „Kann man die antizipative Erklärung ‚Wenn später einmal ein bestimmter Zustand eintritt, möchte ich, daß die Handlung X unterbleibt‘ wirklich kurzerhand empirisch und normativ gleichsetzen mit der Äußerung eines in der konkreten Entscheidungssituation einsichts- und entscheidungsfähigen Patienten?“ [Ebd., S. 14]. Denn „die durchaus geläufige binäre Weltsicht von Juristen (und Medizinern), wonach es nur

1.2 Der Weg zu einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung in Deutschland

a) Hintergrund der Entwicklung

Die Geschichte der Patientenverfügung ist recht jung. Ursprünglich stammt sie aus den USA, wo „dem individuellen Selbstbestimmungsrecht [...] seit jeher große Bedeutung beigemessen worden ist“³⁴. Die Bindungswirkung von Vorausverfügungen juristisch zu regeln, ist erstmals von dem Chicagoer Rechtsanwalt Luis Kutner Mitte der 60er Jahre³⁵ des vergangenen Jahrhunderts unternommen worden.³⁶ Dieser schlug in Analogie zum Erbrecht – bei dem eine Person sogar über ihren Tod hinaus Verfügungen treffen kann – vor, daß Patienten, solange sie noch mental dazu in der Lage sind, die Möglichkeit haben sollten auszudrücken, unter welchen Umständen sie im Falle des Verlustes ihrer Einwilligungsfähigkeit keine Behandlungen mehr wünschen.³⁷ Der Vorschlag Kutners firmierte in den Vereinigten Staaten unter dem Begriff des „living will“³⁸ und fand von den amerikanischen Sterbehilfevereinigungen³⁹ sehr bald Unterstützung. Diese Entwicklung führte 1976 im Bundesstaat Kalifornien schließlich zur Verabschiedung des *California Natural Death Act*, mit dem das Instrument der Patientenverfügung

zwei Kategorien von Menschen gibt, nämlich das autonome Subjekt und den Betreuten, hat mit dem Leben wenig zu tun.“ [Ebd.]

³³ Vgl. VERREL (2010), S. 15. Über eine bloße Empfehlung geht TOLMEIN (2011) hinaus, wenn er es aus Sicherheitsgründen es dringend für geboten hält, die Patientenverfügung durch eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht zu ergänzen, insofern nämlich sonst „das Risiko, daß die Patientenverfügung nicht oder nicht ausreichend beachtet wird, in erheblichem Maße zunimmt“ [Ebd., S. 48].

³⁴ PLATZER (2010), S. 245.

³⁵ Über den genauen Zeitpunkt des Aufkommens der Idee eines „living will“-Konzeptes siehe BENZENHÖFER/HACK-MOLITUR (2009), S. 411.

³⁶ Zur Geschichte des „living will“ in den Vereinigten Staaten siehe FÜLLMICH (1990), S. 45 - 71.

³⁷ Vgl. PLATZER (2010), S. 245. „Zwar bleibt unklar, ob Luis Kutner den ‚living will‘ als ein Instrument für die ‚aktive Euthanasie‘ konzipierte“ [BENZENHÖFER/HACK-MOLITUR (2009), S. 411f], die Tatsache aber, daß Luis Kutner die Gründung eines amerikanischen Ablegers der britischen Euthanasia-Society unterstützte, sowie die Konzeption des „living will“ als Instrument zur Behandlungsbegrenzung, lassen den Schluß zu, daß die Stoßrichtung und letzte Konsequenz des „living will“ die Lebensbeendigung im Sinne einer aktiven Euthanasie ist.

³⁸ Statt „living will“ ist heute im englischsprachigen Raum der Begriff des „advance health care directive“ bzw. „personal directive“, „advance directive“ und „advance decision“ gebräuchlich.

³⁹ So warben beispielsweise Organisationen wie „Society for the Right to Die“ und „Concern for Dying“ für Kutners Idee.

erstmalig gesetzlich verankert wurde.⁴⁰ Zum Zustandekommen dieses Gesetzes trug auch die mit großem Medienecho begleitete erste gerichtliche Sterbehilfeentscheidung maßgeblich bei. Es handelte sich dabei um den tragischen Fall der Amerikanerin Karen Ann Quinlan, die seit April 1975 bis zu ihrem Tod am 11. Juni 1985 im Koma gelegen hatte.⁴¹ Auch weitere Präzedenzfälle⁴² der Rechtsprechung zum Problem lebensverlängernder Maßnahmen für nicht entscheidungsfähige Patienten führten in den Vereinigten Staaten zu einer immer breiteren öffentlichen Diskussion. Andere US-Bundesstaaten zogen nach und im Dezember 1991 kam der landesweite Durchbruch, indem der „Patient-Self-Determination-Act“ in Kraft trat. Das Gesetz betrifft alle Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Hospize, die staatlich gefördert werden. Sie sind seitdem verpflichtet, Kranken zu erklären, wozu Patientenverfügungen und Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten dienlich sein sollen. Hierdurch soll eine „bessere Einbindung der Patienten in Behandlungsentscheidungen am Ende ihres Lebens und die Erhöhung der Sensibilität auf ärztlicher Seite im Umgang mit Patientenverfügungen“⁴³ erreicht werden.

⁴⁰ Vgl. PLATZER (2010), S. 245. Hintergrund der Verabschiedung eines Gesetzes waren – wie dies auch später für Deutschland gelten sollte – Rechtsunsicherheiten. FÜLLMICH (1990), S. 67 schreibt hierzu: „Ursprünglich waren „living wills“ als formlose, sogenannte instruktive Anweisungen ohne bindende rechtliche Wirkung konzipiert worden. Das Fehlen begleitender und klarstellender gesetzlicher Autorisierung erwies sich jedoch als problematisch. Aus ärztlicher Sicht erschien es vor allem wichtig zu wissen, ob die Beachtung eines ordnungsgemäß verfaßten „living will“ vor straf- und zivilrechtlicher Inanspruchnahme schütze. Und für den Patienten kam es darauf an, ob ein Arzt verpflichtet ist, die in einem „living will“ enthaltenen Anweisungen zu befolgen.“

⁴¹ Nachdem die damals 19jährige Karen Ann Quinlan aus bislang ungeklärter Ursache – wahrscheinlich infolge von Alkohol und Drogenmißbrauch – in einen schwer komatösen Zustand verfiel (Grund war hierfür möglicherweise weniger der vermutete Alkohol- und Drogenmißbrauch, sondern die ca. 15-20minütige Hypoxie des Zentralnervensystems infolge ungeklärter Ursache [Vgl. FÜLLMICH (1990), S. 55]), forderten ihre Eltern angesichts der aussichtslosen Situation von den Ärzten die Abschaltung der Beatmungsgeräte. Als die Ärzte dies verweigerten, riefen die Eltern das Gericht an und zwar mit der Begründung, daß ihre Tochter zu Lebzeiten geäußert hätte, niemals in einem derartigen Zustand (weiter)leben zu wollen. Erstinstanzlich verloren die Eltern den Rechtsstreit, weil das Gericht die in allgemeinen Unterhaltungen geäußerte Ablehnung Karen Ann Quinlans gegenüber Verlängerungen des Lebens durch außergewöhnliche medizinische Verfahren als „entfernt und unpersönlich“ und deshalb als nicht rechtlich relevant charakterisiert hatte [Vgl. FÜLLMICH (1990), S. 58ff]. In zweiter Instanz erhielten die Eltern Recht und das Gericht entschied, daß es den Eltern zustünde, das Beatmungsgerät abzuschalten. Karen Ann Quinlan atmete jedoch unerwartet aus eigener Kraft weiter. Noch fast zehn Jahre lang wurde sie durch künstliche Ernährung am Leben erhalten, bevor sie 1985 starb, ohne jemals ihr Bewußtsein wiedererlangt zu haben.

⁴² Siehe hierzu FÜLLMICH (1990), S. 57; GEIBENDÖRFER (2009), S. 291ff.

⁴³ DRIEHORST (2011), S. 18.

Diese Entwicklung beeinflusste auch in Deutschland Überlegungen, das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende zu sichern.⁴⁴ Hier war es 1978 der Jurist Wilhelm Uhlenbruck, der erstmals der Öffentlichkeit einen „Patientenbrief“⁴⁵ etwa als Analogie zu einem Arztbrief vorstellte.⁴⁶ So, wie der Arztbrief wichtige Informationen und Anweisungen im Hinblick auf die weitere Diagnostik und Therapie enthält, sollte der Patientenbrief Informationen und Anweisungen im Blick auf die vom Patienten gewünschte bzw. nicht gewünschte Behandlung enthalten.⁴⁷ In der Folge wurden vergleichbare Formulare⁴⁸ von verschiedenen Organisationen wie Selbsthilfegruppen, Seniorenverbänden, Hospizvereinen, Pharmafirmen, Kirchen oder Ministerien mit zum Teil unterschiedlichen Bezeichnungen herausgegeben. So etablierte sich zu Anfang der Begriff „Patiententestament“, der jedoch schon bald „vielfach als verwirrend abgelehnt wurde wegen seiner sprachlichen Nähe zu einer zivilrechtlichen Verfügung von Todes wegen, welche für die Zeit nach dem Tode wirkt“⁴⁹. Demgegenüber soll die Patientenverfügung zu Lebzeiten des Verfassers Wirkung entfalten. In den letzten Jahren hat sich der Begriff der Patientenverfügung durchgesetzt und ist im aktuellen Gesetz festgeschrieben.

Die Ärzteschaft stand dem Instrument der Patientenverfügung bis Mitte der 1990er Jahre eher skeptisch gegenüber. So heißt es im Vorwort zu den „Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung“⁵⁰ von 1993: „Patiententestamente mögen im Einzelfall juristisch einfache Problemlösungen bedeuten; ethisch und ärztlich sind sie keine nennenswerte

⁴⁴ „In Deutschland lag der Entwicklung der Patientenverfügung der Gedanke zugrunde, sich gegen eine als sinnlos empfundene und nur der Lebens- und Leidensverlängerung im Sterben dienenden medizinischen Behandlung frühzeitig zu schützen.“ [DRIEHORST (2011), S. 3].

⁴⁵ UHLENBRUCK (1978), S. 566ff.

⁴⁶ Vgl. GEIBENDÖRFER (2009), S. 331.

⁴⁷ Vgl. SIMON (2010), S. 62.

⁴⁸ Auf der Homepage des Zentrums für angewandte Ethik von Arnd May findet sich eine Liste, die rund 250 Einträge zu Mustertexten, Formularmustern, Formulierungsvorschlägen zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen umfaßt: URL <http://www.ethikzentrum.de/patientenverfuegung/verfuegungsliste/verfuegungen.htm>[Zugriff zuletzt am 04.07.2014]. Allerdings ist bei einer Vielzahl der dort aufgeführten Verfügungen mittlerweile die Verbreitung eingestellt.

⁴⁹ GEIBENDÖRFER (2009), S. 332.

⁵⁰ BUNDESÄRZTEKAMMER (1993).

Erleichterung.“⁵¹ Mit ein Grund für eine solche Einschätzung dürfte in der Erfahrung der Ärzte gelegen haben, daß angesichts einer schweren Erkrankung der Patientenwille – insbesondere der irgendwann in der Vergangenheit artikuliert – keine feste Größe darstellt, sondern daß er sich im Laufe der Erkrankung ändern kann: „Patientenverfügungen – so der Einwand vieler Ärzte (nicht nur) Anfang der 1990er Jahre – würden häufig in gesunden Tagen und in Unkenntnis der späteren Krankheitssituation erstellt. Es bestehe daher die Gefahr, daß der Patient antizipierend Maßnahmen ablehnt, denen er in der konkreten Behandlungssituation möglicherweise doch zustimmen würde.“⁵²

Diese ablehnende Haltung hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert.⁵³ Schon in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus dem Jahr 1998 werden Patientenverfügungen als „wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“⁵⁴ bezeichnet; sie sind verbindlich, „sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde“⁵⁵. Die Möglichkeit der Willensänderung wird weiterhin gesehen, doch benötigt der Arzt konkrete Anhaltspunkte, um sich nicht mehr an den in der Patientenverfügung niedergelegten Willen gebunden zu wissen. Diese Einschätzung wird in den Grundsätzen aus dem Jahr 2011 sowie in

⁵¹ HOPPE (1993), B 1791.

⁵² SIMON (2010), S. 62f.

⁵³ Die Gründe für den Einstellungswandel sieht VERREL (1999) gegeben durch die „im Idealfall kombinierten und flexiblen betreuungsrechtlichen Vorsorgemöglichkeiten“ und vor allem „durch das in der neueren Strafrechtsprechung stärker betonte Selbstbestimmungsrecht“ [Ebd., S. 547]. – Der Meinungswandel innerhalb der Ärzteschaft dürfte jedoch vor allem auf die Entscheidungen des Bundesgerichtshofes zurückzuführen sein. Ohnehin herrscht in der Ärzteschaft eine gewisse Rechtsauffassung vor, in welcher sich der Arzt einer ständigen (haftungsrechtlichen) Bedrohung ausgesetzt sieht. Es manifestiert sich in dem Einstellungswandel also nicht eine höhere, quasi von früheren Vorbehalten geläuterte neue Akzeptanz der Patientenverfügung, sondern eher die zunehmende Verunsicherung und – wir können sagen – Angst der Ärzte vor rechtlichen Auseinandersetzungen [zu dieser Entwicklung siehe KATZENMEIER (2009), S. 45ff].

⁵⁴ So auch in den „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“ aus dem Jahr 2011, wo es heißt: „Willensbekundungen, in denen sich Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen.“ [Deutsches ÄrzteblattPP 10, Ausgabe März 2011, S. 138 - 140].

⁵⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER (1998): A 2367. Laut Sahn handelt es sich bei den *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* aus dem Jahr 1998 um einen professionellen ethischen Kodex. Hintergrund ist die Art und Weise des Zustandekommens. Denn „der Veröffentlichung [...] ging eine intensive und nachhaltige Diskussion voraus, an der alle gesellschaftlichen Gruppen teilzunehmen eingeladen waren“ [Ders. (2006), S. 34].

den „Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ aus dem Jahr 2013⁵⁶ bestätigt und bekräftigt.

Ausschlaggebend für den Meinungswandel innerhalb der Ärzteschaft dürften nicht zuletzt die Entscheidungen des Bundesgerichtshofes (BGH) gewesen sein,⁵⁷ „der mit wenigen Urteilen die allgemeine Rechtsauffassung prägte“⁵⁸.

b) Die Rechtslage bis 2009

An dieser Stelle erscheint es angebracht, die Urteile des BGH und deren Begründungen ein wenig genauer zu skizzieren. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil so bezüglich des Selbstbestimmungsrechtes der Hintergrund sichtbar wird, vor dem der Gesetzgeber am 29. Juli 2009 das Gesetz über die Patientenverfügung beschloß.

Die Vorgeschichte des Gesetzes⁵⁹ ist bestimmt durch „eine lange kontrovers geführte rechtspolitische Diskussion über die Frage, ob und in welcher Weise Verfügungen eines Volljährigen für den Fall der Behandlungsbedürftigkeit (Patientenverfügung) von Ärzten, Betreuern und Richtern beachtet werden müssen, insbesondere lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden müssen, weil der Betroffene keine Behandlung (mehr) wünscht“⁶⁰. Die lange Gesetzgebungsgeschichte wurde „von einer Publikationsflut begleitet“⁶¹. Vor allem durch die „Divergenz der Entscheidungen des 1. Straf- und des 12. Zivilsenates des Bundesgerichtshofes bezüglich des Genehmigungserfordernisses durch das Betreuungsgericht im Falle des Abbruchs

⁵⁶ Zu beiden siehe unter Kapitel 2.7 und 2.8.

⁵⁷ Vgl. SIMON (2010), S. 63; KUSCHEL (2007), S. 31; SAHM (2006), S. 17; VERREL (2010), S. 18.

⁵⁸ BEHLAU/KIERIG (2011), S. 40.

⁵⁹ Für eine sehr detaillierte Auflistung aller zur Thematik der Patientenverfügung relevanten Urteile (bis zum Jahr 2002) siehe SCHELL (2002), S. 42ff.

⁶⁰ JÜRGENS (2014), Rn. 1 zu § 1901a BGB.

⁶¹ MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 1 zu § 1901a BGB.

lebenserhaltender Maßnahmen“⁶² mehrten sich die Forderungen nach einer gesetzlichen Regelung.

Nachfolgend werden die wichtigsten Urteile zum Thema Patientenverfügung dargestellt. Anschließend folgt eine Übersicht über die bedeutendsten außergerichtlichen Stellungnahmen einschließlich der dann am 29. Juli 2009 zur Abstimmung gelangten (drei großen) fraktionsübergreifenden Gesetzesentwürfe.

(1) Urteil des 1. Strafsenates des BGH vom 13. September 1994:

Das „Kemptener Urteil“⁶³

In dem dieser Entscheidung zugrundeliegenden Strafverfahren hatte das Landgericht [LG] Kempten einen Behandlungsabbruch (i.S. des Abbruchs der künstlichen Ernährung bei einer irreversibel hirngeschädigten und entscheidungsunfähigen Patientin) rechtlich zu würdigen.

Hintergrund war folgender Sachverhalt:

Nach einem Herz- und Kreislaufstillstand Anfang September 1990 wurde Frau S. zu einem hundertprozentigen Pflegefall. Sie war irreversibel schwer zerebral geschädigt, nicht ansprechbar, schluck-, geh- und stehunfähig. Aufgrund von Komplikationen mit einer Nasensonde erhielt Frau S. eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), über die sie ernährt und mit Flüssigkeit versorgt wurde. Ende Januar 1993 regte der Angeklagte Dr. T. bei dem Sohn von Frau S., der zugleich auch ihr Betreuer war, an, den Zustand seiner Mutter, bei der keine Besserung zu erwarten sei, zu beenden, indem die Sondenernährung eingestellt und nur noch Tee durch die Sonde verabreicht werden sollte. Der Tod würde sich nach einiger Zeit ohne qualvolles Leiden – wie der Angeklagte Dr. T. meinte – einstellen. Dr. T. hielt diese Vorgehensweise aufgrund früherer Erkundigungen als mit dem Standesrecht und der bestehenden Rechtslage vereinbar. Der mitangeklagte Sohn von Frau S. holte in der Folgezeit

⁶² ALBRECHT (2011), S. 9.

⁶³ BGH, 13.09.1994 - Aktenzeichen 1 StR 357/94.

Rat bei Verwandten und Freunden seiner Mutter ein, die ihn bekräftigten, mit dieser Beendigung des Zustandes dem Willen der Mutter zu entsprechen. Beide Angeklagte unterschrieben daraufhin einen entsprechenden Vermerk in der Krankenakte, der die Anweisung enthielt, die Ernährung nicht länger fortzusetzen. Beide gingen davon aus, daß sich das Pflegepersonal an die Anweisung halten würde. Der Pflegedienstleiter rief jedoch das Vormundschaftsgericht an. Dieses entschied, daß die Ernährung fortzuführen sei. In der Folgezeit wurde Frau S. von einem anderen Arzt betreut. Nachdem die Magensonde hatte ausgewechselt werden müssen, verschlechterte sich ihr Zustand. Infolge eines Lungenödems starb Frau S. schließlich am 29. Dezember 1993.

Erstinstanzlich wurden die Angeklagten vom LG Kempten wegen versuchten Totschlags verurteilt. Nachdem der Bundesgerichtshof zuvor in der Revision das Urteil der 1. Strafkammer des LG Kempten aufgehoben und den Fall zur erneuten Verhandlung an eine andere Kammer des LG Kempten zurückgewiesen hatte, wurden die Angeklagten mit dem Urteil vom 17. Mai 1995⁶⁴ letztendlich aber freigesprochen. Im Anschluß an den BGH stellte die 2. Kammer des LG Kempten fest, daß die Angeklagten den objektiven und subjektiven Tatbestand des versuchten Totschlags gemäß §§ 212, 22, 23, 25 Abs. 2 StGB erfüllt haben.⁶⁵ Ein Fall der zulässigen passiven Sterbehilfe lag nicht vor, da das Sterben der Frau S. noch nicht eingesetzt hatte. Die Vitalfunktionen (Herz, Kreislauf und Atmung) waren noch intakt. Eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin zu dem von den Angeklagten vorgenommenen Behandlungsabbruch hatte nicht vorgelegen. Die Tat war auch nicht durch die Zustimmung des Sohnes von Frau S. gerechtfertigt, da diese wegen der Genehmigungsbefähigung gemäß § 1904 BGB⁶⁶ unwirksam war.

⁶⁴ LG Kempten, 17.05.1995 - Aktenzeichen 2 Ks 13 Js 12155/93.

⁶⁵ Vgl. KUSCHEL (2007), S. 46.

⁶⁶ § 1904 BGB in der damals geltenden Fassung lautete: „Genehmigung des Vormundschaftsgericht bei ärztlichen Maßnahmen: [1] Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen

Freizusprechen waren beide Angeklagten letztlich aber wegen des eigenständig zu prüfenden Rechtfertigungsgrundes der mutmaßlichen Einwilligung⁶⁷, wie dies bereits der BGH in seiner Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils begründete. Der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung folge, so das Gericht, aus dem besonders zu schützenden allgemeinen Selbstbestimmungsrecht. Denn dieses sei auch in der Situation von Frau S. zu achten, wonach gegen den Willen der Patientin eine ärztliche Behandlung grundsätzlich weder eingeleitet noch fortgesetzt werden dürfe.

Die zur Erforschung des mutmaßlichen Willens heranzuziehenden Indizien⁶⁸ ergaben bei Frau S. zahlreiche frühere Äußerungen zur Vorstellung über das letzte Stadium des Lebens und ihre in ihrem Lebensstil deutlich zutage getretene geringe Schmerz- und Leidenstoleranz. Die Gesamtwürdigung aller Indizien ergaben eine Grundeinstellung von Frau S., wonach das beabsichtigte Handeln der beiden Angeklagten ihrem mutmaßlichen Willen entsprochen hätte. Da der Sohn von Frau S. sich zuvor Bestätigung und Rat von Freunden und Verwandten der Mutter hatte geben lassen und diese dann auch an den Hausarzt seiner Mutter weitergegeben hatte, galt der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung für beide Angeklagten gleichermaßen.

Mit dieser Entscheidung der 2. Kammer des LG Kempten – im Anschluß an das Urteil des BGH vom 13. September 1994 – wurde „erstmalig in der Rechtsprechung das juristische Konstrukt des mutmaßlichen Willens als Kriterium zur Entscheidung über die Beendigung einer

Schaden erleidet. [2] Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.“

⁶⁷ BGH, 13.09.1994 - Aktenzeichen 1 StR 357/94: „Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.“

⁶⁸ Die zur Erforschung des mutmaßlichen Willens heranzuziehenden Indizien hat der BGH in seinem Urteil vom 13. September 1994 wie folgt aufgezählt: Religiöse Überzeugung, sonstige persönliche Wertvorstellungen, altersbedingte Lebenserwartung, Erleiden von Schmerzen und in Anlehnung an die damals gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer für die Sterbehilfe, die Belastbarkeit der Patientin durch Schmerzen, die Zumutbarkeit medizinischer Eingriffe sowie die individuelle Grundeinstellung der Patientin.

lebenserhaltenden Behandlung höchstrichterlich anerkannt“⁶⁹. Zwar waren damit Patientenverfügungen „noch nicht explizit als verbindliches Vorsorgeinstrument anerkannt, doch werden die Gewichte im Umgang mit ihnen erstmals verschoben“⁷⁰. Denn nunmehr können Patientenverfügungen – insofern sie Indiz sind für den mutmaßlichen Willen – nicht mehr pauschal verworfen werden, sondern es muß deren Nichtbeachtung einzelfallbezogen begründet werden.⁷¹

Viel problematischer als die Tatsache, daß mit dieser Entscheidung Mutmaßungen über den Willen einer nicht einwilligungsfähigen Person de facto gleichgesetzt werden mit einer tatsächlichen Willenserklärung, war allerdings eine andere Konsequenz aus dem Urteil.⁷² Nämlich das Faktum, daß mit Rückgriff auf einen – wie auch immer zu interpretierenden – mutmaßlichen Willen höchstrichterlich der Behandlungsabbruch (in diesem Fall durch Verzicht auf eine prinzipiell geschuldete Basisbetreuung in Form des Stillens von Hunger und Durst) gerechtfertigt wird, obwohl bei der besagten Patientin die Grunderkrankung noch keinen unmittelbar zum Tode führenden Verlauf angenommen hatte. Hiermit geht das Kemptener Urteil des BGH über die bis dahin geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe aus dem Jahr 1993 hinaus, insofern nämlich der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten auch möglich ist, wenn der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. „Eine etwaige Lebenserhaltungs- oder Lebensverlängerungspflicht außerhalb der Sterbephase kann seit dieser Entscheidung des BGH daher durch den (mutmaßlichen) Patientenwillen begrenzt werden“⁷³ – mit dieser Tatsache wurde durch die Rechtsprechung eine Situation geschaffen, in der Konflikte zwischen

⁶⁹ SAHM (2006), S. 18.

⁷⁰ VERREL (2010), S. 18.

⁷¹ Vgl. VERREL (2010), S. 18.

⁷² Vgl. SAHM (2006), S. 18.

⁷³ GEIßENDÖRFER (2009), S. 336.

dem verfügbaren Willen und dem Wohl des Patienten, dem der Arzt immer den Vorrang zu geben hat, vorprogrammiert sind.⁷⁴

(2) Urteil des 12. Zivilsenates des BGH vom 17. März 2003:

Der „Lübecker Fall“

Ein zweites Urteil⁷⁵ ist nicht minder bedeutsam. Das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main hatte 1998 über einen ähnlich gelagerten Fall in einem Zivilverfahren zu entscheiden.⁷⁶

Eine fast 85jährige Patientin befand sich seit dem 29. Dezember 1997 in stationärer Behandlung im Krankenhaus. Ein ausgedehnter Hirninfarkt hatte zu einer anhaltenden Bewußtlosigkeit (Koma) mit vollständigem Verlust der Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit geführt. Sie wurde über eine PEG-Sonde ernährt. Eine Besserung ihres Zustandes war nicht zu erwarten. Zu einer freien Willensbestimmung war sie nicht in der Lage. Die Tochter der Patientin war zur Betreuerin bestellt worden. Diese verlangte nun die Beendigung der künstlichen Ernährung, weil ihre Mutter früher geäußert habe, kein langes Sterben ertragen zu wollen. Die Einstellung der Sondenernährung wurde zudem ärztlich empfohlen.

Das Behandlungsteam bestand darauf, die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen. Hintergrund der Fragestellung ist die damalige Regelung des § 1904 BGB, wonach die *Einwilligung* eines Betreuers in eine potentiell lebensbedrohliche medizinische Behandlung einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedarf. Ob diese Bestimmung auch für die *Ablehnung* einer lebenserhaltenden Maßnahme durch einen Betreuer Geltung haben müsse, war rechtlich umstritten.⁷⁷ In erster Instanz wies das Amtsgericht das Begehren zurück, da nach seiner Ansicht die Rechtsgrundlage fehlte. Das OLG Frankfurt entschied dagegen im

⁷⁴ Vgl. SPIEKER (2005), S. 59.

⁷⁵ BGH, 17.03.2003 - Aktenzeichen XII ZB 2/03.

⁷⁶ OLG Frankfurt, 15.07.1998 - Aktenzeichen 20 W 224/98.

⁷⁷ Vgl. SAHM (2006), S. 18.

Beschwerdeverfahren, daß das Vormundschaftsgericht vor einer beabsichtigten Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen angerufen werden müsse.

Dieses Urteil wurde „höchst unterschiedlich bewertet und kontrovers diskutiert“⁷⁸. Da andere Oberlandesgerichte in ähnlichen Fällen keine Pflicht gegeben sahen, eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen, wurde die Frage anhand eines konkreten Falles im Jahr 2003 dem BGH vorgelegt.

Sachverhalt war folgender: Im November 2000 erlitt ein Patient infolge eines Myokardinfarkts einen hypoxischen Gehirnschaden im Sinne eines apallischen Syndroms und wurde seither mit einer PEG-Sonde ernährt. Eine Kontaktaufnahme war nicht möglich. Der zum Betreuer bestellte Sohn verlangte unter Hinweis auf eine vom Patienten angefertigte Patientenverfügung die Einstellung der Ernährung über die PEG-Sonde. In dieser Verfügung hatte der Patient unter anderem verlangt, daß er im Fall einer irreversiblen Bewußtlosigkeit, schwerster Dauerschäden seines Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen seines Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit keine künstliche Ernährung wolle.⁷⁹

Neben der eigentlichen Fragestellung – der Klärung der Verbindlichkeit der Patientenverfügung für die an der Betreuung und Behandlung eines einwilligungsunfähigen

⁷⁸ SAHM (2006), S. 19. „Manche Autoren und auch Vertreter von Selbsthilfegruppen fürchteten einen Einstieg in die Praxis der aktiven Sterbehilfe, wenn Richter regelmäßig gezwungen seien, Entscheidungen über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen zu treffen. Andere beklagten dagegen eine unzulässige Beschränkung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten, deren Wille – etwa bei Vorliegen schriftlicher Aufzeichnungen – offensichtlich mißachtet werde, sofern nicht die betreuenden Personen ihm zu folgen verpflichtet wären.“ [Ebd.].

⁷⁹ „Verfügung: Für den Fall, daß ich zu einer Entscheidung nicht mehr fähig bin, verfüge ich: Im Fall meiner irreversiblen Bewußtlosigkeit, schwerster Dauerschäden meines Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder im Endstadium einer zum Tode führenden Krankheit, wenn die Behandlung nur noch dazu führen würde, den Vorgang des Sterbens zu verlängern, will ich: - keine Intensivbehandlung, - Einstellung der Ernährung, - nur angst- oder schmerzlindernde Maßnahmen, wenn nötig, - keine künstliche Beatmung, - keine Bluttransfusionen, - keine Organtransplantation, - keinen Anschluß an eine Herz-Lungen-Maschine. Meine Vertrauenspersonen sind ... (es folgen die Namen und Adressen der Ehefrau sowie des Sohnes und der Tochter). Diese Verfügung wurde bei klarem Verstand und in voller Kenntnis der Rechtslage unterzeichnet. Lübeck, den 27. November 1998, H. S.“

Patienten beteiligten Personen – hat das Gericht in der „umfangreichen Begründung des Urteils zu einer Reihe von rechtlich und medizinethisch bedeutsamen Fragen Stellung genommen“⁸⁰.

α Formale und inhaltliche Voraussetzungen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

Die Einlassungen des Gerichts bezüglich der mit diesem Fall aufgeworfenen rechtlichen und medizinethischen Fragen lassen sich grob zwei unterschiedlichen Bereichen zuordnen. Zum einen hatte nämlich „das Gericht einige strittige Fragen entschieden, die *formale* Voraussetzungen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen betreffen“⁸¹. Diese nun sind dem Gericht zufolge zeitlich unbegrenzt gültig und eine regelmäßige Erneuerung ist nicht notwendig. Ferner urteilten die Richter, daß Patientenverfügungen auch ohne vorherige medizinische oder juristische Aufklärung verbindlich seien – „dies wurde in der Literatur mehrfach gefordert.“⁸² Des weiteren stellte das Gericht klar, daß die einfache Schriftform der Patientenverfügung genüge, eine notarielle Beglaubigung sei nicht notwendig.⁸³

Gleichzeitig aber hatte das Gericht die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen einer *inhaltlichen* Beschränkung unterworfen. Denn „es begrenzt erstens den Entscheidungsspielraum von Betreuern und sieht zweitens eine objektive Grenze der Rechtmäßigkeit der Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme gegeben“⁸⁴.

Was den ersten Punkt der inhaltlichen Beschränkung angeht – die Begrenzung des Entscheidungsspielraumes des Betreuers – sah es der 12. Zivilsenat des BGH schließlich als verpflichtend an, daß das Vormundschaftsgericht anzurufen sei, wenn der gerichtlich bestellte Betreuer die Einwilligung zu einer von den Ärzten angebotenen lebenserhaltenden Behandlung

⁸⁰ SAHM (2006), S. 86.

⁸¹ SAHM (2006), S. 86.

⁸² SAHM (2006), S. 86.

⁸³ Diese formalen Eigenschaften der Patientenverfügung finden sich aufgenommen im Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz von 2009 (siehe dazu Kapitel 2.5).

⁸⁴ SAHM (2006), S. 86.

zu *verweigern* beabsichtigt. Das Gericht urteilt: „Die Entscheidungsmacht des Betreuers ist [...] mit der aus dem Selbstbestimmungsrecht folgenden Entscheidungsmacht des einwilligungsfähigen Patienten *nicht deckungsgleich*⁸⁵, sondern als gesetzliche Vertretungsmacht an rechtliche Vorgaben gebunden; [...] Die medizinischen Voraussetzungen, unter denen das Recht eine vom gesetzlichen Vertreter konsenterte Sterbehilfe⁸⁶ (auch im weiteren Sinne) gestattet, binden den Arzt ebenso wie den gesetzlichen Vertreter.“⁸⁷

Das Gericht schuf so „einen objektiven Rahmen für die Gültigkeit von Patientenverfügungen“⁸⁸. Aus dem Urteil folgt, daß ein entscheidungsfähiger Patient jede Behandlung ablehnen kann. Ist der Betroffene nicht mehr zur Entscheidung fähig, ist aber der Handlungsspielraum eines Betreuers eingeschränkt. Aus medizinethischer Sicht ist dies „unverständlich“⁸⁹. Weshalb sollen entscheidungsfähige Patienten ein Recht haben, lebenserhaltende Behandlungen zu verweigern, nicht aber, wenn sie zum Zeitpunkt nicht mehr

⁸⁵ Hervorhebung durch den Autor.

⁸⁶ Das Gericht gebraucht den Begriff der Sterbehilfe im Sinne der *passiven* Sterbehilfe. Diese ist ein in der Rechtswissenschaft etabliertes Konzept, das den erlaubten Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie beschreibt [Vgl. SAHM (2006), S. 31]. Sie wurde vom BGH in einem früheren Urteil aus dem Jahr 1991 wie folgt definiert: „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – gegebenenfalls unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“ [Zitiert nach SAHM (2006), S. 31] Allerdings kritisiert Sahn das Konzept der passiven Sterbehilfe, da es nicht geeignet ist, medizinische Handlungen am Lebensende angemessen zu beschreiben. Dies konnte auch wiederholt durch empirische Untersuchungen bei Ärzten und Pflegepersonal festgestellt werden, die nicht instande waren, ihre medizinischen Handlungen den jeweiligen Kategorien (aktiv/passiv) zuzuordnen. Grund für diese Fehleinschätzung ist die Tatsache, daß sich die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe auf den *Handlungsmodus* bezieht, wonach das Unterlassen als erlaubt und moralisch geboten, die aktive Handlung hingegen als verboten gilt. Ein Widerspruch entsteht folglich immer dann, wenn das Unterlassen mit einer aktiven Handlung einhergeht wie etwa beim Abschalten eines Atemgerätes oder beim Absetzen einer medikamentösen Behandlung. „Diese Diskrepanz ist die wesentliche Ursache für Unklarheiten und Unsicherheiten in der medizinischen Praxis“ [SAHM (2006), S. 36]. Entscheidendes Kriterium für die Einordnung einer Handlung in eine normative Kategorie ist denn auch nicht die Unterscheidung in aktiv/passiv, sondern die *Intention*, mit der eine Handlung ausgeführt wird. Die Intention muß immer das Ziel haben, eine Entwürdigung des Sterbens durch quälende Lebensverlängerung zu beenden. Dahingegen schafft „der Begriff der passiven Sterbehilfe mithin eine Grauzone, die eine Abgrenzung von aktiven Tötungshandlungen, wie der aktiven Sterbehilfe erschwert, und so die professionelle Ethik korrumpiert. Die Konzeption der passiven Sterbehilfe verschleiert die Intention“ [Ebd., S. 38].

⁸⁷ BGH, 17.03.2003 - Aktenzeichen XII ZB 2/03.

⁸⁸ SAHM (2006), S. 86f.

⁸⁹ SAHM (2006), S. 87.

selbst entscheiden können, obgleich eine eindeutige Verfügung vorliegt.⁹⁰ Angesichts des hohen Ranges, die der Selbstbestimmung im Grundgesetz zugeschrieben wird, ist diese Beschränkung „erstaunlich“⁹¹. Denn „das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das allgemeine Persönlichkeitsrecht sichern dem einzelnen uneingeschränkt zu, über seinen Körper verfügen zu können. Dies schließt auch die ‚Freiheit zur Krankheit‘ und das Recht auf den eigenen Tod ein“⁹².

Diese „rechtlichen Vorgaben“, von denen im Urteilstext zu lesen ist, gibt das Gericht näher an mit der Irreversibilität des Verlaufes des Grundleidens – als dem zweiten Punkt der inhaltlichen Beschränkung. Für den Behandlungsabbruch seitens des Betreuers ist demnach kein Raum, „wenn das Grundleiden des Betroffenen noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat und durch die Maßnahme das Leben des Betroffenen verlängert oder erhalten wird“⁹³.

ß Die Reichweite der Patientenverfügung

Die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen wird mit diesem Urteil also auf Patienten beschränkt, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden und im Sterben liegen. Bei dieser Formulierung orientierte sich der Senat an den Begriffen der Bundesärztekammer in ihren „Richtlinien für die Sterbehilfe“ aus dem Jahre 1993 sowie den hierzu erfolgten Kommentierungen.⁹⁴ Sei eine derartige Prognose, insbesondere das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe, gegeben, so habe der Sterbevorgang bereits eingesetzt. Erst in diesem Stadium sei es

⁹⁰ Vgl. SAHM (2006), S. 87.

⁹¹ SAHM (2006), S. 87.

⁹² SAHM (2006), S. 87. Allerdings ergeben sich aus dem Text Sahms Ungereimtheiten. Zwar ist seiner – von vielen anderen Autoren geteilten – Ansicht zuzustimmen, wonach die Einschränkung des Handlungsspielraumes eines Betreuers bei gleichlautendem Willen des Betreuten eine unverständliche Gerichtsentscheidung ist. Wenn allerdings wiederholt der medizinethische gegen den juristischen Standpunkt ins Feld geführt wird, wie dies bei Sahm der Fall ist, ist es um so erstaunlicher, daß bei ihm von der „Freiheit zur Krankheit“ und von dem „Recht auf den eigenen Tod“ die Rede ist. Diese Formulierung ist überflüssig und mißverständlich. Überflüssig, da jeder Mensch ohnehin seinen einzigartigen Tod erleidet. Mißverständlich, weil hier implizit einer sehr weitgehenden Freiheit über das eigene Ende das Wort geredet wird – eine Forderung, die dem gesamten Kontext des genannten Buches widerspräche.

⁹³ BGH, 17.03.2003 - Aktenzeichen XII ZB 2/03.

⁹⁴ Siehe KUTZER (1994), S. 110ff.

daher gerechtfertigt, von Hilfe für den Sterbenden und „Hilfe beim Sterben“, kurz: von Sterbehilfe zu sprechen.⁹⁵ Diese erlaube es dann auch dem Arzt, auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusionen oder künstliche Ernährung zu verzichten. „Habe demgegenüber der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt, wie in dem zu entscheidenden Fall der Komapatientin, welche abgesehen von der Notwendigkeit künstlicher Ernährung lebensfähig gewesen sei, so liege [passive] Sterbehilfe im eigentlichen Sinn nicht vor.“⁹⁶ Vielmehr handele es sich in diesem Fall dann um den Abbruch einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme aufgrund dessen der Patient zu Tode kommt.

Medizinisch ist diese Maßgabe des Gerichtes korrekt – wenngleich es in der Realität schwierig sein dürfte, den genauen Übergang eines Patienten in die Sterbephase zu bestimmen. Denn es ist das eine, innerhalb der Sterbephase eine lebenserhaltende Behandlung zu unterlassen oder abzustellen und so einem Patienten den natürlichen Fortgang seines zum (raschen) Tode führenden Grundleidens zu ermöglichen; und etwas anderes, außerhalb der Sterbephase die Behandlung einer Krankheit abubrechen, die nicht notwendigerweise den Tod zur Folge hat – aber auf jeden Fall durch den Behandlungsabbruch zu diesem führt. Das eine ist die „Hilfe im Sterben“ und vom obersten Gericht schon in seinem Urteil zum Kemptener Fall erlaubt; das andere „Hilfe zum Sterben“ und wird nachvollziehbarerweise vom BGH als aktive Sterbehilfe abgelehnt. Dagegen verfängt auch nicht, daß es sich bei der in Rede stehenden Formulierung des Gerichtes von der Irreversibilität und unmittelbaren Todesnähe um eine Fehlinterpretation des Kemptener Urteils handelt.⁹⁷ Auch wenn hier eine falsche juristische Deduktion vorliegt, so ist doch der Schluß, zu dem das Gericht kommt, medizinisch richtig: der Behandlungsabbruch eines einwilligungsunfähigen Patienten bei einer zum Tode führenden Grunderkrankung ist rein medizinisch nur innerhalb der Sterbephase indiziert.⁹⁸

⁹⁵ Vgl. GEIBENDÖRFER (2009), S. 337.

⁹⁶ GEIBENDÖRFER (2009), S. 337.

⁹⁷ Vgl. VERREL (2010), S. 19 und GEIBENDÖRFER (2009), S. 338f.

⁹⁸ Daher ist es nicht zu verstehen, wenn auch von ärztlicher Seite gegen das Gerichtsurteil polemisiert wird, daß das Urteil des Bundesgerichtshofs ein „handwerklich mißratener Beschluß“ [BORASIO et al. (2009): A 1952] sei. Zu einem

Aber auch noch in einer anderen Hinsicht ist dem Gericht ein Fehler unterlaufen: Der 12. Zivilsenat des BGH hatte über den Fall eines Patienten im sogenannten Wachkoma zu urteilen. Dabei ist bedeutsam, daß die Richter das Wachkoma als irreversibel tödliche Erkrankung einstufen, wie Verlautbarungen des Vorsitzenden des entscheidenden Senats belegen.⁹⁹ Dies ist falsch. „Dem Gericht unterlief ganz offensichtlich ein Subsumtionsfehler. Denn Patienten im Wachkoma können bei geeigneter Pflege und Ernährung viele Jahre weiterleben. Das Wachkoma ist mithin *keine* irreversibel tödliche Erkrankung.“¹⁰⁰ Die Hintergründe für diese Fehleinschätzung lassen sich nur vermuten. Es liegt aber nahe, „daß die offensichtliche Abhängigkeit von medizinischer Behandlung und die Unvermeidbarkeit des Todes im Falle ihrer Beendigung als Kriterium für Irreversibilität und Tödlichkeit eines Leidens vom Gericht unterstellt wurden“¹⁰¹. Dies ist jedoch aus medizinischer Sicht abzulehnen. „Denn folgt man einer solchen Einschätzung, dann fallen darunter eine Reihe von Zuständen, die gemeinhin nicht als tödlich bezeichnet werden, obgleich die Betroffenen ebenfalls zeitlebens von medizinischer Therapie abhängig sind – etwa der eines insulinabhängigen Diabetes mellitus [...]“¹⁰²

γ Zusammenfassung

Obwohl das Urteil des BGH vom 17. März 2003 eine Reihe von – juristischen und medizinischen – Widersprüchen in sich barg, klärte es doch erstmals systematisch, welcher Stellenwert der schriftlich fixierten Vorausverfügung im Umgang mit entscheidungsunfähigen Patienten beizumessen sei. Das Urteil löste die „hinreichend konkrete Patientenverfügung aus dem Kontext des mutmaßlichen Willens [wie noch im Kemptener Urteil] heraus und wertete [sie] zu einer eigenständigen, aus sich heraus wirksamen Legitimationsgrundlage für

solchen Schluß kann in dieser Totalität nur kommen, wer nicht zwischen den rechtlichen und medizinischen Begründungszusammenhängen unterscheidet.

⁹⁹ Vgl. SAHM (2006), S. 88.

¹⁰⁰ SAHM (2006), S. 88.

¹⁰¹ SAHM (2006), S. 88.

¹⁰² SAHM (2006), S. 88.

Behandlungsbegrenzungen auf“¹⁰³. Wörtlich heißt es in dem Beschluß: „Sei ein Patient einwilligungsunfähig und habe sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müßten lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sogenannten Patientenverfügung – geäußerten Willen entspreche. Dies folge aus der Würde des Menschen, die es gebiete, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage sei. Nur wenn ein solcher erklärter Wille des Patienten nicht festgestellt werden könne, beurteile sich die Zulässigkeit solcher Maßnahmen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, der dann individuell – also aus dessen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen – zu ermitteln sei.“¹⁰⁴

Gerade die verbleibenden Widersprüche wurden so zum Motor für die Absicht, die Verbindlichkeit in einem Gesetz zu regeln¹⁰⁵ – zumal die Bundesrichter selbst eine gesetzliche Regelung empfohlen hatten.¹⁰⁶ Vor allem aber die Tatsache, daß der 12. Zivilsenat des BGH die zuvor postulierte Bindungswirkung der Patientenverfügung auf Fälle beschränkt hat, in denen „das Grundleiden des Patienten“ einen „irreversibel tödlichen Verlauf angenommen hat“, „sollte als sogenannte Reichweitenbegrenzung im Gesetzgebungsverfahren eine ganz erhebliche Rolle spielen“¹⁰⁷.

¹⁰³ VERREL (2010), S. 18f.

¹⁰⁴ BGH, 17.03.2003 - Aktenzeichen XII ZB 2/03.

¹⁰⁵ SAHM (2006), S. 89.

¹⁰⁶ Siehe dazu das Interview mit der Vorsitzenden Richterinnen Meo-Micaela Hahne in der *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 18.07.2003, S. 4.

¹⁰⁷ VERREL (2010), S. 19.

c) Außergerichtliche Stellungnahmen

Obwohl sich bereits verschiedene Experten vor der Entscheidung des 12. Zivilsenates für normierende Regelungen ausgesprochen hatten,¹⁰⁸ markierte, wie gesagt, das Urteil vom 17. März 2003 den eigentlichen Beginn einer (intensivierten) Debatte um eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland.¹⁰⁹

So setzte das Bundesjustizministerium im September 2003 die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ein, die den Auftrag hatte, Fragen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu diskutieren und Vorschläge für eine mögliche Gesetzesänderung zu erarbeiten.¹¹⁰ Im Juni 2004 legte die Arbeitsgruppe ihren Bericht vor.¹¹¹ Darin wurde empfohlen, das Instrument der Patientenverfügung ins Betreuungsrecht einzuführen und verbindlich zu klären, daß die darin festgelegten Behandlungswünsche bindend sind, sofern sie auf die konkrete Behandlungssituation zutreffen. Bei einer fehlenden oder nicht eindeutigen Patientenverfügung sollte eine Orientierung am mutmaßlichen Willen des Patienten erfolgen. Eine Genehmigung des Betreuungsgerichts sah die Arbeitsgruppe nur in Konfliktfällen als erforderlich an, wenn zwischen Arzt und Betreuer bzw. zwischen Arzt und Bevollmächtigtem Zweifel oder Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt des Patientenwillens bestehen. Ergänzend zu den Regelungen im Betreuungsrecht schlug die Arbeitsgruppe eine Modifikation des Strafrechtes dergestalt vor, daß sie einer Ausweitung der Zulässigkeit der Sterbehilfe empfahl.¹¹² Die vorgeschlagenen Maßnahmen fokussierten einmal mehr auf die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten.¹¹³

¹⁰⁸ So auf der Grundlage des Gutachtens von TAUPITZ (2000).

¹⁰⁹ SIMON (2010), S. 64.

¹¹⁰ Vgl. SIMON (2010), S. 65.

¹¹¹ ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE (2004).

¹¹² Siehe hierzu SIMON (2010), S. 65.

¹¹³ Vgl. SIMON (2010), S. 65. Dazu auch MAY (2005), S. 157: „Die Arbeitsgruppe ‚Patientenautonomie am Lebensende‘ des Bundesministeriums der Justiz ging bei ihrer Arbeit von einem hohen Stellenwert der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Einzelnen aus und formulierte eine Reihe von Empfehlungen, ohne den Gestaltungsspielraum durch zu viele Wirksamkeitsvoraussetzungen und Hürden einschränken zu wollen. Dies entspringt dem Verständnis

Im September 2004, also nur wenige Wochen nachdem die Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ ihren Bericht vorgelegt hatte, veröffentlichte die vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission¹¹⁴ „Ethik und Recht der modernen Medizin“¹¹⁵ ihren Zwischenbericht „Patientenverfügungen“¹¹⁶. Dieser ist als Reaktion auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ zu verstehen. Er warnt nämlich vor den Auswirkungen einer einseitigen Betonung des Selbstbestimmungsrechtes und weist auf die Bedeutung der Prinzipien Fürsorge und Lebensschutz für ein würdevolles Sterben hin.¹¹⁷ Vor diesem Hintergrund sprach sich die Mehrheit der Mitglieder der Enquete-Kommission dafür aus, im Rahmen einer gesetzlichen Regelung die Gültigkeit von Patientenverfügungen „auf Fallkonstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird“¹¹⁸. Die Enquete-Kommission sprach sich unmißverständlich für eine Reichweitenbegrenzung aus: „Eine verbindliche Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen für den Zustand der Demenz oder des Wachkomas sollte nicht möglich sein.“¹¹⁹ Als weitere Maßnahmen zum Schutz nicht einwilligungsfähiger Patienten empfahl die Enquete-Kommission für den Fall der Ablehnung einer medizinisch indizierten, lebenserhaltenden Maßnahme durch den Betreuer oder Bevollmächtigten erstens die verpflichtende Einschaltung eines den Betreuer/Bevollmächtigten beratenden Konsils, bestehend aus dem behandelnden Arzt, dem

einer weltanschaulich pluralen Kultur unseres Gemeinwesens, in dem die Würde des Sterbenden geachtet wird und sein Selbstbestimmungsrecht respektiert wird.“

¹¹⁴ Enquete (frz.) = Untersuchung. „Eine solche Kommission ist ein offizieller Ausschuß zur Untersuchung gesellschaftlicher Fragestellungen“ so DAMRAU/ZIMMERMANN (2011), Rn. 1 zu § 1901a BGB.

¹¹⁵ Die Kommission bestand aus dreizehn Mitgliedern des Bundestages und dreizehn nicht dem Bundestag angehörenden Sachverständigen. Sie hatte die Aufgabe, „Empfehlungen für gesetzgeberisches und administratives Handeln in Bezug auf wissenschaftliche Zukunftsfragen in der Medizin und für deren ethische Bewertung zu erarbeiten“ [SIMON (2010), S. 66].

¹¹⁶ ENQUETE-KOMMISSION (2004).

¹¹⁷ Vgl. SIMON (2010), S. 66.

¹¹⁸ ENQUETE-KOMMISSION (2004), S. 38.

¹¹⁹ SIMON (2010), S. 67.

rechtlichen Vertreter, einem Mitglied des Pflgeteams und einem Angehörigen sowie zweitens die Genehmigung durch das Betreuungsgericht.¹²⁰

Auch der Nationale Ethikrat¹²¹ nahm sich des Themas Patientenverfügung an und veröffentlichte dazu im Juni 2005 eine Stellungnahme.¹²² Die Mehrheit der Mitglieder sprach sich darin gegen eine Reichweitenbegrenzung aus. Ferner wurde die Empfehlung gegeben, die Genehmigung des Betreuungsgerichtes auf Fälle zu beschränken, in denen Anhaltspunkte für eine mißbräuchliche Verwendung der Patientenverfügung bestehen oder in denen es bei der Auslegung des Patientenwillens zu Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Betreuer/Bevollmächtigtem, dem Arzt, einer Pflegekraft und einem Angehörigen kommt. Wenn im Falle einer Demenzerkrankung Anzeichen von Lebenswillen bestehen, die nach Auffassung des behandelnden Pflgeteams oder der Angehörigen dem in einer Patientenverfügung erklärten Willen des Patienten widersprechen, dann sollte nach Ansicht der Mitglieder des Nationalen Ethikrates eine Bindungswirkung nur dann bestehen, wenn die Patientenverfügung auf die Anzeichen von Lebenswillen Bezug nimmt und der Patient nach entsprechender Beratung deren Entscheidungserheblichkeit in der konkreten Behandlungssituation ausgeschlossen hat.¹²³

Für eine Verbindlichkeit der Patientenverfügung unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung sprachen sich in der Debatte u.a. auch der 66. Deutsche Juristentag¹²⁴, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Akademie für Ethik in der Medizin¹²⁵ sowie die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz¹²⁶ aus. Die Katholische Kirche und die aus der

¹²⁰ Vgl. SIMON (2010), S. 66.

¹²¹ Der Nationale Ethikrat wurde 2001 von der damaligen Bundesregierung als unabhängiger Sachverständigenrat eingesetzt. Im Februar 2008 wurde er aufgelöst und im April 2008 als Deutscher Ethikrat neu konstituiert.

¹²² NATIONALER ETHIKRAT (2005).

¹²³ Nach Auskunft von SIMON „kann dieser Vorschlag als Versuch verstanden werden, in dieser schwierigen Frage einen Ausgleich zwischen dem Selbstbestimmungsrecht auf der einen und den Prinzipien Lebensschutz und Fürsorge auf der anderen Seite herzustellen, ohne den Vorrang des Selbstbestimmungsrechtes aufzuheben“ [Ders. (2010), S. 67].

¹²⁴ DEUTSCHER JURISTENTAG (2006).

¹²⁵ AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN (2003).

¹²⁶ BIOETHIK-KOMMISSION (2004).

Reformation hervorgegangenen evangelischen Gemeinschaften lehnten eine so weitgehende Verbindlichkeit ab.¹²⁷ In einer gemeinsamen Stellungnahme des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland wurde sie als „in keinem Fall akzeptabel“¹²⁸ bezeichnet. Doch während die Katholische Kirche eindeutig für eine Reichweitenbegrenzung eintrat¹²⁹, schloß der Rat der Evangelischen Kirche die Möglichkeit der Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen zumindest für den Fall eines stabilen Wachkomas und der Demenz im fortgeschrittenen Stadium nicht aus.¹³⁰

Die Frage, ob eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung überhaupt erforderlich ist, wurde insbesondere seitens der Ärzteschaft verneint. Mit der Begründung, daß Sterben nicht normierbar sei, sprachen sich die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetages im Mai 2007 gegen eine weitreichende Regelung der Patientenverfügung aus.¹³¹ Der Vorstand der Bundesärztekammer wies in einem an die Parlamentarier adressierten Schreiben kurz vor der Abstimmung im Bundestag wiederholt darauf hin, daß die Rechtslage auch ohne Gesetz ausreichend klar¹³² sei und warnte davor, daß eine detaillierte Regelung der Patientenverfügung

¹²⁷ Vgl. SIMON (2010), S. 67.

¹²⁸ ZOLLITSCH/HUBER (2008), S. 2.

¹²⁹ DEUTSCHER CARITASVERBAND (2009).

¹³⁰ RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (2007), S. 4f. Diese unterschiedliche Position findet sich auch in der gemeinsam von der Deutschen Bischofskonferenz und vom Rat der EKD seit 1999 (zuletzt 2011) herausgegebenen *Christlichen Patientenvorsorge*. Eine einheitliche Position zur Reichweitenbegrenzung bei Wachkomapatienten war darin nicht zu erzielen. Die EKD respektierte, daß im Formular der *Christlichen Patientenvorsorge* die Verfügung auf den unabwendbaren und unmittelbaren Sterbeprozess präzisiert wurde. Explizit wird in den Vorbemerkungen darauf hingewiesen, daß „Menschen im sogenannten Wachkoma keine Sterbenden“ sind (*Christliche Patientenvorsorge*, Handreichung, S. 12). Dennoch ermöglicht die *Christliche Patientenvorsorge*, den weiten gesetzlichen Rahmen auszuschöpfen. So verweist Hermann Barth (ehemaliger Präsident des Kirchenamts der EKD) auf den im Formular enthaltenen „Raum für ergänzende Verfügungen“. Dieser Raum sei gerade deshalb geschaffen worden, damit „die Möglichkeit besteht, weitere Wünsche zu formulieren. Man ist bei der Benutzung des Formulars nicht gezwungen, die Behandlungswünsche nur auf den Sterbeprozess oder die Endphase einer tödlichen Krankheit zu begrenzen.“ Und weiter: „Im Falle des Wachkomas ist bis in die Einzelformulierung hinein ausgeführt, wie alternative Wünsche nach Behandlungsbeendigungen außerhalb von Sterbephasen formuliert werden könnten (vgl. *Christliche Patientenvorsorge*, Handreichung, S. 21f).“ [Zitiert aus DEUTSCHER CARITASVERBAND (2009)].

¹³¹ BUNDESÄRZTEKAMMER (2007), S. 6ff.

¹³² Die Verbindlichkeit des schriftlich vorausverfügten Patientenwillens (sogenannte „Patientenverfügung“) war bereits durch das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 17. März 2003 geklärt. Der Bundesgerichtshof wertete nämlich – wie wir bereits weiter oben gesehen haben – die Patientenverfügung zu einer eigenständigen, aus sich heraus wirksamen Legitimationsgrundlage für Behandlungsbegrenzungen auf.

mehr Schaden als Nutzen bringen würde.¹³³ Mit Ausnahme des Palliativmediziners Borasio¹³⁴ waren es interessanterweise gerade Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin, und zwar die an den Universitäten Aachen, Bonn, Göttingen und Köln, die eine Gesetzgebung als verfrüht ansahen und der Ansicht waren, daß ein Gesetz die bestehenden Unsicherheiten im Umgang mit dem (mutmaßlichen) Willen am Lebensende nur bedingt beseitigen könnte.¹³⁵ Weiter sprachen sie sich dafür aus, vor einer gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung noch mehr Erfahrungen im Umgang mit diesem Instrument zu sammeln.¹³⁶

d) Die Gesetzesentwürfe

Die heterogenen Stellungnahmen und die unterschiedlichen Vorstellungen im Umgang mit und der Festlegung der Reichweite von Patientenverfügungen sahen den Gesetzgeber in der Pflicht, hier Rechtssicherheit zu schaffen.¹³⁷

Beruhend auf den eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechts propagierenden Vorschlägen der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ veröffentlichte das SPD-geführte Bundesjustizministerium am 1. November 2004 einen Gesetzesentwurf zur Änderung des Betreuungsrechtes.¹³⁸

Dieser „Entwurf für ein 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ nannte als die zwei wesentlichen Ziele der Gesetzesreform: *Stärkung des Selbstbestimmungsrechts* und *Erhöhung der Rechtssicherheit*; weiter wurde noch *keine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe* gefordert.¹³⁹ Der

¹³³ HOPPE/MONTGOMERY (2009).

¹³⁴ Unter den Ärzten tat sich mit der Forderung nach Rechtssicherheit vor allem der damalige Münchener Palliativmediziner Gian Domenico Borasio hervor, so bspw. in dem Interview in *Deutsches Ärzteblatt* „Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen“ (*Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104 (5): A 224 - 226) oder in seiner Stellungnahme in der öffentlichen Anhörung der Sachverständigen im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages am 04. März 2009 [BORASIO (2009), S. 2].

¹³⁵ Vgl. SIMON (2010), S. 68.

¹³⁶ RADBRUCH et al. (2007).

¹³⁷ Vgl. SEWING (2008).

¹³⁸ BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2004).

¹³⁹ Vgl. PRESSEMELDUNG BMJ (2004), S. 2.

Referentenentwurf sah dazu vor: die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht, die Beachtung und Durchsetzung der Verfügung durch den Betreuer bzw. Bevollmächtigten, eine Regelung, wann das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden muß und den Schutz des Betroffenen durch verfahrensrechtliche Regelungen.¹⁴⁰

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe zur strafrechtlichen Klarstellung der Zulässigkeit der indirekten und passiven Sterbehilfe wurden nicht aufgegriffen. Möglicherweise war die Zurückhaltung gegenüber ergänzenden strafrechtlichen Bestimmungen – wie sie auch vom 66. Deutschen Juristentag gefordert wurden – in der Sorge begründet, daß ein solches Vorhaben die Diskussion um die aktive Sterbehilfe hätte neu entfachen können.¹⁴¹ „Die vorgezogenen Neuwahlen im Herbst 2005 sowie die Kritik, die Initiative zu einem Patientenverfügungsgesetz dürfe nicht von der Regierung kommen, sondern müsse vielmehr vom Bundestag selbst ausgehen, führten schließlich dazu, daß der Entwurf von der Bundesministerin für Justiz [Brigitte Zypries] zurückgezogen und folglich nicht in den Bundestag eingebracht wurde.“¹⁴²

Statt des Entwurfes des Bundesjustizministeriums wurden in der Folge im Bundestag die Entwürfe dreier fraktionsübergreifender Gruppierungen um die Abgeordneten Wolfgang Bosbach¹⁴³, Wolfgang Zöller¹⁴⁴ und Joachim Stünker¹⁴⁵ vorgestellt. Die Entwürfe stimmten darin überein, daß die in einer Patientenverfügung geäußerten Wünsche und Entscheidungen zu beachten und vom Betreuer bzw. Bevollmächtigten umzusetzen wären. Hierdurch solle sich für alle Beteiligten eine größere Rechtssicherheit ergeben.¹⁴⁶ Ferner sahen sie vor, daß eine Patientenverfügung jederzeit widerrufen werden könne, und daß der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe in einer Patientenverfügung unzulässig sei.

¹⁴⁰ Vgl. PRESSEMELDUNG BMJ (2004), S. 2.

¹⁴¹ Vgl. SIMON (2010), S. 68.

¹⁴² SIMON (2010), S. 68.

¹⁴³ BOSBACH et al. (2008).

¹⁴⁴ ZÖLLER et al. (2008).

¹⁴⁵ STÜNKER et al. (2008).

¹⁴⁶ BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/13314, S. 3: „Die Gesetzentwürfe erstreben eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung, um Rechts- und Verhaltenssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.“

Unstimmigkeiten zwischen den Entwürfen der Abgeordneten bestanden vor allem in den wichtigen Punkten Reichweitenbeschränkung und Rolle des Betreuungsgerichts: Während die Entwürfe von Zöller und Stünker die Verbindlichkeit der Patientenverfügung und des mutmaßlichen Willens unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung betonten und eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes nur im Konfliktfall vorsahen, wäre nach dem Entwurf von Bosbach eine verbindliche Ablehnung einer ärztlich indizierten, lebenserhaltenden Maßnahme ohne Vorliegen einer unheilbaren, tödlichen Krankheit nur mit einer schriftlichen, nach umfassender ärztlicher und rechtlicher Aufklärung erstellten und vom Notar beurkundeten, nicht mehr als fünf Jahre alten Patientenverfügung möglich gewesen.¹⁴⁷ Ferner hätte nach dem Vorschlag von Bosbach vor der Umsetzung der Patientenverfügung ein beratendes Konsil stattfinden und die Genehmigung des Betreuungsgerichtes eingeholt werden müssen.

Der hauptsächliche Unterschied zwischen den Entwürfen von Zöller und Stünker hingegen bestand darin, daß Zöller in seinem Vorschlag Bestimmungen zur gemeinsamen Ermittlung des Patientenwillens durch Arzt und Betreuer/Bevollmächtigten vorsah. Diese Bestimmungen, die einem Automatismus bei der Umsetzung von Patientenverfügungen entgegenwirken sollten, wurden von Stünker in dessen überarbeitetem Entwurf aufgegriffen, der dann am 18. Juni 2009 vom Bundestag in einer namentlichen Abstimmung mit einer Mehrheit von 317 Stimmen bei 233 Nein-Stimmen und fünf Enthaltungen beschlossen wurde. Der konkurrierende Bosbach-Entwurf erhielt 220 Ja-Stimmen bei 344 Nein-Stimmen und zwei Enthaltungen. Die Entwürfe von Zöller sowie der Antrag einer Gruppierung um den Abgeordneten Hubert Hüppe¹⁴⁸, kein Gesetz zur Patientenverfügung zu beschließen, fanden ebenfalls keine Mehrheit.

¹⁴⁷ SIMON (2010), S. 68f.

¹⁴⁸ HÜPPE et al. (2009).

Mit der Annahme des Stünker-Entwurfes machte sich der Gesetzgeber auch die in diesem deutlich ausgeprägte Betonung des Selbstbestimmungsrechtes¹⁴⁹ zu eigen.¹⁵⁰

1.3 Das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes („Patientenverfügungsgesetz“)

Das Patientenverfügungsgesetz¹⁵¹ vom 1. September 2009 umfaßt und regelt in den §§ 1901a und 1901b BGB die Wirksamkeit und Wirkungen des festgelegten oder früher geäußerten Willens des nicht mehr selbst äuerungs- bzw. entscheidungsfähigen Patienten.¹⁵² Diese Normen wurden ergänzt um die Neuregelung der Mitwirkung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen in § 1904 Abs. 2 bis 5 BGB. Die entsprechenden Paragraphen lauten:

¹⁴⁹ Allein 28mal taucht in dem Gesetzentwurf der Begriff „Selbstbestimmung“ auf. Oder wie es das Gutachten des Rechtsausschusses des Bundestages formulierte: „Es soll [mit dem Gesetzesentwurf um Stünker et al., Anm. d. A.] sichergestellt werden, daß der das Betreuungsrecht prägende Grundsatz der Achtung des Selbstbestimmungsrechts entscheidungsunfähiger Menschen auch bei medizinischen Behandlungen beachtet wird.“ [BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/13314, S. 4]

¹⁵⁰ Erwähnenswert finde ich an dieser Stelle die gemeinsame Stellungnahme des damaligen Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz, Erzbischof Dr. Robert Zollitsch, mit dem damaligen Vorsitzenden des Rates der EKD, Dr. Wolfgang Huber, mit dem Titel „Zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen“ [ZOLLITSCH/HUBER (2008)]. Grundlage ihrer Stellungnahme bildet der um den Abgeordneten Stünker eingebrachte Gesetzesentwurf. Sie argumentieren wie folgt: „Die Verfasser des Gesetzentwurfs bemühen sich in dem Begründungsteil zwar erkennbar darum, auf dieses Problem [den niedergelegten vom aktuellen Willen unterscheiden zu können, Anm. d. A.] hinzuweisen und Lösungsschritte aufzuzeigen [...]. Ein ‚Dialog zwischen den an der Behandlung Beteiligten‘ sei ‚erforderlich, in dem über die Vornahme ärztlicher Maßnahmen entschieden wird‘. Aber damit ist es nur schwer zu vereinbaren, daß eine klare und einseitige Tendenz vorgegeben wird: Dieser Prozeß habe ‚soweit wie möglich die Durchsetzung des zu einem früheren Zeitpunkt geäußerten Patientenwillens zu sichern‘. Damit verbindet sich ein generelles Problem: Der Begründungsteil enthält an vielen Stellen differenzierte Töne und zeigt so Sensibilität für die Schwierigkeit der zu treffenden Abwägungen. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind aber die Gewichte zwischen der Behutsamkeit im Begründungsteil auf der einen und den ohne Wenn und Aber formulierten Rechtssätzen auf der anderen Seite zuungunsten eines behutsamen Vorgehens verschoben. *Die Rechtssätze werden am Ende für den Umgang mit Patientenverfügungen die Meßlatte bilden, den anderen Gesichtspunkten fehlt die Dauerhaftigkeit und institutionelle Festigkeit* [Kursivsetzung von mir].“ [ZOLLITSCH/HUBER (2008), S. 2]

¹⁵¹ DEUTSCHER BUNDESTAG: „Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts.“ In: *Bundesgesetzblatt* 2009, Teil I, Nr. 48, S. 2286f.

¹⁵² Vgl. JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 1 zu § 1901a BGB.

§ 1901a BGB
Patientenverfügung

„(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.“

§ 1901b

Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

„(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.“

§ 1904

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

„(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des

Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, daß die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfaßt und schriftlich erteilt ist.“

Kernstück des neuen Regelwerkes über Patientenverfügungen ist § 1901a Abs. 1 BGB, der eine Legaldefinition der Patientenverfügung beinhaltet. Alle dort genannten Merkmale müssen vorliegen, um von einer wirksamen Patientenverfügung auszugehen.¹⁵³ § 1901b BGB regelt hingegen den prozessualen Ablauf zur Feststellung des Patientenwillens im Zusammenspiel von Betreuer und Arzt. § 1904 ist durch das dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz dahingehend ergänzt worden, daß nunmehr auch die Verweigerung einer Maßnahme, deren Unterlassen zu einer schweren Schädigung oder zum Tod führen könnte, vom Betreuungsgericht genehmigt werden muß. „Zuvor war dem Wortlaut des ersten Absatzes nach eine gerichtliche Genehmigung nur zur Einwilligung des Betreuten in eine besonders gefährliche medizinische Maßnahme erforderlich, nicht aber zu deren für den Betroffenen lebensgefährlichen

¹⁵³ Vgl. JÜRGENS (2014), Rn. 4 zu § 1901a BGB.

Vorenthaltung.“¹⁵⁴ Das Betreuungsgericht ist jetzt aber *nicht* zu beteiligen, „wenn sich Betreuer und Arzt einig sind, daß die angestrebte Entscheidung dem Willen des Betroffenen entspricht“¹⁵⁵.

1.4 Ziele des Patientenverfügungsgesetzes

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das Patientenverfügungsgesetz „das Selbstbestimmungsrecht jedes Einzelnen stärken und für alle Beteiligten Rechts- und Verfahrenssicherheit schaffen“¹⁵⁶ aufgrund der durch den Gesetzgeber geklärten Verbindlichkeit der Patientenverfügung.

Nachfolgend werden die wichtigsten Einzelheiten des neuen Gesetzes genauer vorgestellt, insoweit sie zum Verständnis desselben erforderlich und für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind.

1.5 Rechtliche Bestimmungen des Patientenverfügungsgesetzes

a) Einwilligungsfähiger Volljähriger

„Jede invasive oder medikamentöse Maßnahme am Patienten bedarf dessen Zustimmung (§ 630d BGB).“¹⁵⁷ Entweder geschieht diese Zustimmung (oder auch Ablehnung) aktuell oder

¹⁵⁴ SPICKHOFF (2011), Rn. 2 zu § 1904 BGB.

¹⁵⁵ SEICHTER (2010), S. 162.

¹⁵⁶ JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 6 zu § 1901a BGB. Siehe hierzu auch BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/8442, S. 3, wo es im Gesetzesentwurf um den Abgeordneten Stünker heißt: „Ziel des Gesetzentwurfs ist es, durch eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung für alle Beteiligten mehr Rechtssicherheit zu schaffen. Es soll sichergestellt werden, daß der das Betreuungsrecht prägende Grundsatz der Achtung des Selbstbestimmungsrechts entscheidungsunfähiger Menschen auch bei medizinischen Behandlungen beachtet wird.“

¹⁵⁷ DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 402.

sie wird mittels einer Patientenverfügung für den (zukünftigen) Zustand der Einwilligungsunfähigkeit antizipiert.

Mit § 1901a Abs. 1 BGB hat der Gesetzgeber die Entscheidung getroffen, daß die Einrichtung einer Patientenverfügung nur Volljährigen möglich sein soll.¹⁵⁸ Insofern es auf den Willen eines Minderjährigen ankommt, so gelten hier die Bestimmungen wie sie in § 1901a Abs. 2 BGB genannt sind.¹⁵⁹

Einwilligungsfähigkeit (auch Einsichts- und Steuerungsfähigkeit) beschreibt die Fähigkeit eines Betroffenen, in die Verletzung eines ihm zuzurechnenden (höchstpersönlichen) Rechtsguts – hier das der körperlichen Unversehrtheit – einzuwilligen. Erst hierdurch bleibt der nach den Grundsätzen der medizinischen Heilkunst korrekt durchgeführte ärztliche Eingriff, der sonst eine Körperverletzung darstellt (§ 223 StGB), straffrei (§ 228 StGB).¹⁶⁰ Um eine solche Rechtfertigungswirkung zu erzielen, muß aber zwingend vorausgesetzt werden, daß der Patient weiß, worin er einwilligt. Die Rechtsprechung hat deswegen folgenden Grundsatz erarbeitet, daß „einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann“¹⁶¹, was zweifelsohne eine vorherige Aufklärung¹⁶² durch den Arzt voraussetzt. Die Einwilligungsfähigkeit wird ab dem 1. September 2009 im Rahmen der Neuregelungen der Patientenverfügung ausdrücklich in § 1901a BGB genannt.

¹⁵⁸ Lt. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 10 zu § 1901a BGB liegt hierin aber ein „Wertungswiderspruch der gegen GG [Grundgesetz] Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 und 3 verstößt [...], denn die Patientenverfügung verlangt ebensowenig wie die Einwilligung in eine aktuelle ärztliche Maßnahme Geschäftsfähigkeit, sondern die Einwilligungsfähigkeit“, wobei Kinder durchaus einwilligungsfähig sein können – „man denke an 16- oder 17-Jährige“ [SPICKHOFF (2011), Rn. 5 zu § 1901a BGB].

¹⁵⁹ Vgl. BEHLAU/KIERIG (2011), S. 5.

¹⁶⁰ Vgl. DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 405.

¹⁶¹ BGH, 28.11.1957 - Aktenzeichen 4 StR 525/57.

¹⁶² Im Falle der Patientenverfügung entfaltet diese eine Bindungswirkung auch ohne vorherige Aufklärung; siehe dazu den untenstehenden Punkt „(Ärztliche) Aufklärung“.

Die Einwilligungsfähigkeit setzt zudem voraus, daß bei dem Verfasser der Patientenverfügung keine Willensmängel vorlagen, „er seine Festlegungen also frei von Irrtümern und unzulässiger Beeinflussung Dritter (Täuschung, Drohung, Gewalt) getroffen hat“¹⁶³.

b) Schriftform

Das formale Erfordernis der Schriftlichkeit bedeutet nicht Eigenhändigkeit, sondern lediglich Unterschrift.¹⁶⁴

Daß eine Patientenverfügung schriftlich dokumentiert sein muß, „gewährleistet ein Mindestmaß an Ernsthaftigkeits- und Mißbrauchskontrolle“¹⁶⁵. Denn „zum einen soll dem Patienten dadurch die Bedeutung und Tragweite seines Entschlusses vor Augen geführt werden; zum anderen soll der Gefahr vorgebeugt werden, daß eine schnell dahin gesagte, nicht weiter überdachte mündliche Äußerung Bedeutung gewinnt“¹⁶⁶.

Die Patientenverfügung braucht nicht – wie etwa beim Testament – mit Zeit und Ort (zur Einschätzung der Aktualität der in ihr getroffenen Entscheidungen)¹⁶⁷ versehen oder – wie etwa in Österreich – notariell beurkundet werden.¹⁶⁸ Auch ist der Umfang ihrer sachlichen Geltung zeitlich unbegrenzt.

¹⁶³ VERREL (2010), S. 29. Derselbe Autor erläutert, daß § 1901a Abs. 4 BGB den Schutz vor einer Einflußnahme über regelrechte Willensmängel hinaus erweitert, „indem er jede Verpflichtung zur Abfassung einer Patientenverfügung für unwirksam erklärt und untersagt, daß die Errichtung oder Vorlage von Patientenverfügungen zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht wird“ (Ebd., S. 29). Dieses zivilrechtliche Koppelungsverbot zielt insbesondere auf Behandlungs-, Heim- und Versicherungsverträge.

¹⁶⁴ Vgl. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 11 zu § 1901a BGB.

¹⁶⁵ VERREL (2010), S. 30.

¹⁶⁶ VERREL (2010), S. 30.

¹⁶⁷ Vgl. JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 12 zu § 1901a BGB.

¹⁶⁸ Eine solche Auflage, wie sie das österreichische Patientenverfügungsgesetz bestimmt, „hätte sich zwar nicht als finanzielles, wohl aber als faktisches Errichtungshindernis ausgewirkt, ohne daß damit eine automatische Steigerung der Validität von Patientenverfügungen verbunden wäre, die in erster Linie von der zutreffenden Beurteilung medizinischer Sachverhalte und nicht von einer juristischen Beratung abhängig ist“ [VERREL (2010), S. 30f].

c) Fernwirkung

Aus der in § 1901a Abs. 1 angenommenen zeitlichen Distanz zwischen der Verfügung und Behandlungssituation folgt eine Fernwirkung.¹⁶⁹ D.h. die in der Patientenverfügung getroffene Einwilligung bzw. Untersagung entfaltet ihre Wirkung erst für einen unbestimmt in der Zukunft liegenden Behandlungsfall mit Einwilligungsunfähigkeit.

Damit wird die Patientenverfügung von Erklärungen unterschieden, die ein noch einwilligungsfähiger Patient im Hinblick auf eine aktuell zu treffende Behandlungsentscheidung abgibt. Solche eingriffsnah (mündlich) geäußerten (Nicht-)Behandlungswünsche fallen unter die Kategorie der ausdrücklichen Behandlungseinwilligung bzw. -verweigerung.¹⁷⁰ „Sie verdrängen eine ggf. vorliegende Patientenverfügung, unterliegen keinen Formvorschriften und sind im Verhältnis zum behandelnden Arzt unmittelbar bindend, sofern sie die dann tatsächlich eingetretene Situation erfassen.“¹⁷¹

d) Bestimmtheitserfordernis

Bezüglich der inhaltlichen Voraussetzung sind laut Gesetzgeber Kriterien einzuhalten, damit eine Patientenverfügung eine unmittelbare Bindungswirkung (Verbindlichkeit) nach sich ziehen kann. Diese ergeben sich aus der Formulierung in § 1901a Abs. 1, S. 1 BGB, es müsse sich um eine Festlegung über die Einwilligung oder Nichteinwilligung (Untersagung) „in bestimmte, [...] Untersuchungen [...], Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe“ handeln und „diese Festlegungen treffen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu“. Unter das Erfordernis der Bestimmtheit fallen also zwei Regelungen, nämlich einmal die Beschränkung auf *bestimmte ärztliche Maßnahmen* und zum anderen die *Übereinstimmung* der genannten ärztlichen Maßnahmen auf die *aktuelle Lebens- und Behandlungssituation*. Nur dann also, „wenn zwischen der

¹⁶⁹ PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 4 zu § 1901a BGB: „Wie beim Testament der Zeitraum zwischen Errichtung und Eintritt der Rechtsfolgen unbestimmt ist, ist auch für die Patientenverfügung die Fernwirkung typisch.“

¹⁷⁰ Vgl. VERREL (2010), S. 25.

¹⁷¹ VERREL (2010), S. 25.

in ihr [Patientenverfügung] enthaltenen Einwilligung bzw. Untersagung und dem in Frage stehenden ärztlichen Eingriff inhaltlich eine bestimmte Übereinstimmung besteht [sogenannte Kongruenz]¹⁷², handelt es sich um eine jeden Beteiligten sachlich bindende Patientenverfügung.

(1) Bestimmte (ärztliche) Maßnahmen

Aus der Beschränkung auf *bestimmte ärztliche Maßnahmen*¹⁷³ folgt, „daß allgemein gehaltene sowie unklar bleibende Vorausverfügungen keine Bindungswirkung entfalten, sondern nur Indizwirkung bei der subsidiären Ermittlung des mutmaßlichen Willens haben können“¹⁷⁴. In der Tat mangelt es nicht wenigen Patientenverfügungen an der nötigen Konkretheit oder Präzision, so etwa, wenn sich Menschen pauschal verbitten, an „Maschinen angeschlossen zu werden“, „an Schläuchen zu hängen“ oder äußern, „menschenwürdig“ sterben zu wollen.¹⁷⁵ Solche „allgemein gehaltene Erklärungen [...] genügen diesem Erfordernis gewiß nicht“¹⁷⁶.

¹⁷² PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 17 zu § 1901a BGB.

¹⁷³ Laut Gesetzestext zählen hierzu „Untersuchungen seines [des Betreuten] Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe“. Damit aber wird klargestellt, „daß sich das Recht zur vorausverfügenden Selbstbestimmung letztlich auf alle ärztlichen Maßnahmen, nämlich auf diagnostische Verfahren ebenso wie auf kurative Behandlungen und jede (sonstige) mit Körpereingriffen verbundene Maßnahme erstreckt“ [VERREL (2010), S. 25f]. Was jedoch lt. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 9 zu § 1901a BGB nicht Gegenstand einer Patientenverfügung sei kann, ist die Basisbetreuung, „für sie haben Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall zu sorgen (menschenwürdige Unterbringung), Körperpflege, Schmerzlinderung, Stillen von Hunger und Durst auf *natürlichem Wege* [Kursivsetzung von mir]“. Zum besseren Verständnis dessen, worauf mit einer Patientenverfügung Einfluß genommen werden kann, ist darauf hinzuweisen, daß der Gesetzgeber mit seiner Formulierung allein das Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt, insofern dieser an jenem tätig wird, im Hinblick auf eine Vorausverfügung bestimmt. Keinesfalls ist der Gesetzestext dazu angetan, Schlußfolgerungen auf die Zulässigkeit oder Nichtzulässigkeit von Maßnahmen der sogenannten Basisbetreuung (wie beispielsweise Körperpflege, Schmerzlinderung, Übelkeit, Atemnot und das Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Wege) abzuleiten. Ganz ausdrücklich sollen nach der Gesetzesbegründung Maßnahmen der Basisbetreuung nicht von einer Patientenverfügung erfaßt werden, denn „für diese haben Arzt und Pflegepersonal in jedem Fall zu sorgen“ [STÜNKER et al. (2008), S. 13]. Sehr hilfreich sind in diesem Zusammenhang die *Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe*, in denen es heißt: „Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden [...] so zu helfen, daß sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“ [BUNDESÄRZTEKAMMER (2011), S. 347].

¹⁷⁴ VERREL (2010), S. 25

¹⁷⁵ Vgl. VERREL (2010), S. 25.

¹⁷⁶ SPICKHOFF (2011), Rn. 7 zu § 1901a BGB.

Faßt man jedoch den Bestimmtheitsbegriff zu eng, so müßte die Formulierung in der Patientenverfügung der Erklärung entsprechen, mit der der Patient in einer bestimmten Situation in eine unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahme (nicht) einwilligt. Dies hätte zur Folge, daß Patientenverfügungen entweder sich zugunsten der oben genannten (Nicht-)Behandlungseinwilligung selbst aufheben würden oder – wenn das Erfordernis der zeitlichen Distanz gewahrt bleiben soll – viele Seiten umfassen müßten, „auf denen alle denkbaren ärztlichen Maßnahmen aufgeführt sind mit der jeweiligen Anmerkung, welche in welcher Situation abgelehnt oder begrüßt wird“¹⁷⁷. Legt man das Bestimmtheitserfordernis in dieser Weise aus, „kann man dem Gesunden aber nicht mehr empfehlen, sich auf seine Patientenverfügung zu verlassen, sondern man müßte ihn auf § 1901a Abs. 2 BGB verweisen und ihm raten, seine Behandlungswünsche mit möglichst vielen Vertrauten zu besprechen, die dann zu gegebener Zeit als Zeugen gehört werden könnten [respektive ist die Einrichtung einer Vorsorgevollmacht anzuraten]“¹⁷⁸. Seine Patientenverfügung wäre dann nur noch ein Baustein im Prozeß der Ermittlung seines mutmaßlichen Willens.

(2) Aktuelle Lebens- und Behandlungssituation

Eine ebenso selbstverständliche wie „gehaltvolle Verbindlichkeitsvoraussetzung“¹⁷⁹ ist, daß die in einer Patientenverfügung getroffenen Festlegungen „auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen“ müssen. Dieses Übereinstimmungserfordernis beinhaltet zwei Elemente. Erstens muß das in der Patientenverfügung antizipierte Erkrankungsbild bzw. -stadium eingetreten sein und eine Entscheidung über die in der Patientenverfügung konkret genannten ärztlichen Maßnahmen anstehen (*Behandlungssituation*). Darüber hinaus ist zweitens zu prüfen, ob die Patientenverfügung noch dem derzeitigen Willen des Patienten entspricht (*Lebenssituation*).

¹⁷⁷ BEHLAU/KIERIG (2011), S. 9.

¹⁷⁸ BEHLAU/KIERIG (2011), S. 9f.

¹⁷⁹ VERREL (2010), S. 26.

Auch diese beiden Anforderungen stellen – wie bereits das Erfordernis nach Beschränkung auf bestimmte ärztliche Maßnahmen – „eine bedeutsame Hürde für die Bejahung einer unmittelbaren Bindungswirkung dar, an der etliche Verfügungen [...] scheitern“¹⁸⁰.

(3) Lösung des Gesetzgebers

Welche Lösung bietet der Gesetzgeber an, den Spagat zwischen zu weitem und zu engem Bestimmtheitserfordernis zu lösen? Der Ausweg aus dem oben skizzierten Dilemma, daß entweder eine Patientenverfügung mehrere hundert Seiten dick sein muß, um rechtlich dem Bestimmtheitserfordernis zu genügen, oder sie nur Indiz für den gemutmaßten Willen sein kann, wird einerseits mit dem Begriff der *Behandlungssituation* und andererseits mit dem Begriff des *Behandlungswunsches* beschritten.

1. Behandlungssituation:

Dem Rekurs auf die Behandlungssituation liegt eine weite Auslegung des Bestimmtheitserfordernisses¹⁸¹ zugrunde, wonach es bei der in der Patientenverfügung festgelegten Vorausverfügung nicht entscheidend ist, bei welcher Krankheit der Patient in eine bestimmte ärztliche Maßnahme einwilligt bzw. sie ablehnt, sondern in welcher *Behandlungssituation* er Behandlung wünscht oder sie ablehnt.

Denn „eine Untersagung *nur einer Maßnahme* ohne Bezug auf ein Krankheitsbild ist [...] sinnlos. Wenn z.B. jemand ‚künstliche Ernährung‘ untersagt, so hat dies nur Sinn, wenn ein Bezug auf den Einsatz dieser Maßnahme im Kontext mit bestimmten Situationen ausweglosen Leidens

¹⁸⁰ VERREL (2010), S. 26f. „Viele der bisher empfohlenen Formulare dürften zu allgemein gehalten sein, um als Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 anerkannt zu werden; das muß nicht unbedingt ein Schaden sein.“ [MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 20 zu § 1901a BGB].

¹⁸¹ Eine enge Lesart des Bestimmtheitserfordernisses wäre sicher gegen die *ratio legis*, weil andernfalls der Gesetzgeber besser auf eine Regelung verzichtet hätte. Daraus ist zu schließen, daß die Verfügung „nicht überspezifiziert“ zu sein braucht und auch nicht Bezug auf eine bestimmte Krankheit oder Behandlung nehmen muß: „Es reicht aus, wenn sie einen krankheitsbedingten Zustand bezeichnet, bei dessen Vorliegen keine Einwilligungsfähigkeit mehr besteht und der Verfasser festlegt, was er dann will und was nicht, so daß sowohl die Situation, in der die Verfügung gelten soll als auch die Zielvorstellungen des Patienten klar sind.“ [PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 5 zu § 1901a BGB].

hergestellt wird; das Verbot künstlicher Ernährung schlechthin würde die medizinische Hilfe auch für Fälle ausschließen, in denen durch kurzzeitiges Überbrücken eines Mangelzustandes ein ‚lebenswertes‘ Leben gerettet werden kann. Auch die antizipierte Untersagung macht im allgemeinen nur einen Sinn, wenn zumindest die Behandlungssituation umschrieben wird, in der sie gelten soll.“¹⁸²

Bezüglich der *Lebenssituation* läßt sich sagen, daß ein Abweichen von den vorausverfügten Behandlungswünschen dann möglich ist, wenn es „konkrete Anhaltspunkte“ – wie § 1901a Abs. 2 BGB fordert – dafür gibt, daß der Patient an diesen selbst nicht mehr festhält.¹⁸³ Hinweise hierfür können sein, wenn der Patient sich abweichend von seiner Patientenverfügung verhielte oder gar äußerte. Aber auch lebensgeschichtliche Veränderungen¹⁸⁴ sowie neue medizinische Entwicklungen können die Nichtbefolgung einer Patientenverfügung rechtfertigen.¹⁸⁵

2. Behandlungswünsche:

Liegt keine kongruente oder auch gar keine Patientenverfügung vor, so „erschöpft sich aber das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht“¹⁸⁶. Denn dieser hat nach § 1901a Abs. 2 BGB erstens durch die (mündliche) Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen und Ähnlichem, sowie zweitens durch die (schriftliche) Formulierung von Behandlungswünschen die gesetzliche Möglichkeit, „weitergehende Verfügungen über die Art seiner Behandlung in einwilligungsunfähigem Zustand zu treffen“¹⁸⁷.

¹⁸² MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 20 zu § 1901a BGB.

¹⁸³ Vgl. VERREL (2010), S. 27.

¹⁸⁴ Als Beispiel wird bei Verrel der Fall eines jungen Motorradfahrers angegeben, der als junger Mann verfügt hat, nicht als querschnittsgelähmter Rollstuhlfahrer enden zu wollen und dann als vierzigjähriger Familienvater einen Unfall mit eben dieser Folge erlitt [Ders. (2010), S. 27].

¹⁸⁵ Vgl. VERREL (2010), S. 27.

¹⁸⁶ ALBRECHT/ALBRECHT (2009), S. 428.

¹⁸⁷ ALBRECHT/ALBRECHT (2009), S. 428. Die Möglichkeit, mittels Behandlungswünschen eine bindende Wirkung auf die am Entscheidungsprozeß Beteiligten zu nehmen, ist ein vom Gesetzgeber geschaffener Auffangtatbestand, in dem alle die Verfügungen geregelt sind, die nicht die hohen Standards des § 1901 a Abs. 1 BGB erfüllen. Es sollte damit

e) Mutmaßlicher Wille

Ein weiterer Weg, bei fehlender Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 oder bei unbekannten Behandlungswünschen nach § 1901 Abs. 2 den Patientenwillen in die Entscheidung um medizinische Behandlungsmaßnahmen einzubeziehen, ist das Konstrukt des sogenannten „mutmaßlichen Willens“. Um diesen zu ermitteln, „statuiert § 1901b BGB als ‚Soll-Vorschrift‘, daß hierzu Behandelnde, Betreuer oder Bevollmächtigte sowie – falls ohne zeitliche Verzögerung möglich – Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen in einem Gespräch, zumindest aber über die Gelegenheit zur Äußerung, hinzugezogen werden“¹⁸⁸.

Hierbei soll der vermutete Patientenwille aufgrund konkreter Anhaltspunkte ermittelt werden, zu denen neben früheren mündlichen und schriftlichen Äußerungen auch ethische und religiöse Überzeugungen sowie sonstige persönliche Wertvorstellungen gehören. Durch diese konkreten Anhaltspunkte soll die Gültigkeit und damit die Wirksamkeit einer Patientenverfügung gesichert werden. Allerdings darf trotz der Unzulässigkeit bloßer Spekulationen nicht verkannt werden, „daß die sich teilweise überschneidenden inhaltlichen Anforderungen der Bestimmtheit und der Situationsbezogenheit in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall Wertungen erfordern, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. [...] Es stellt sich dann im Hinblick auf die rechtliche Einordnung derartiger Fälle die Frage, ob von einer schon verbindlichen Verfügung im Sinne von § 1901a Abs. 1 BGB oder einer nur Indizwirkung im Sinne von § 1901a Abs. 2 BGB entfaltenden Willensäußerung ausgegangen werden kann.“¹⁸⁹ Erst die weitere Praxis sowie der Umgang der Rechtsprechung mit den neuen Vorschriften wird weiter klären, in welchem Umfang Beurteilungsspielräume zugestanden werden. Allerdings sollte die Bedeutung der juristischen Einordnung auslegungsbedürftiger

verhindert werden, eine Vielzahl der bereits vor dem 1. September 2009 millionenfach bestehenden Verfügungen unwirksam werden zu lassen. [Vgl. Ebd.]

¹⁸⁸ DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 431.

¹⁸⁹ VERREL (2010), S. 28. „Die Anwendung des Bestimmtheitserfordernisses in der Praxis wird darüber entscheiden, ob tatsächlich in einer namhaften Zahl von Fällen die Regelung des Abs. 1 zur Anwendung kommt“ so JÜRGENS (2014), Rn. 8 zu § 1901a BGB.

Patientenverfügungen nicht überschätzt werden, da es letztlich darauf ankomme, wie Betreuer/Bevollmächtigter und Arzt den Willen des Patienten beurteilen.¹⁹⁰

Erst wenn kein individueller Patientenwille ermittelt werden kann, ist die Behandlung nach dem Grundsatz „Im Zweifel für das Leben“ (in dubio pro vita) zum Wohle des Patienten und entsprechend der medizinischen Indikation durchzuführen.¹⁹¹

f) Prüfungspflicht und Prüfungsrecht des Betreuers

Dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten kommt im Rahmen des Betreuungsrechtes (§ 1901 BGB) die Aufgabe zu, das Selbstbestimmungsrecht des Betreuten zu wahren.¹⁹²

Im Rahmen der Patientenverfügung heißt das, daß er „dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen hat“, wie dies § 1901a Abs. 1, S. 2 angibt.¹⁹³

Daraus folgt, daß ein *Prüfungsrecht* und „eine *Prüfungspflicht* des Betreuers [...] ausgelöst wird“¹⁹⁴. Dieser hinter der Prüfungspflicht stehende Beurteilungsspielraum bezieht sich aber lediglich auf die Frage, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, wie wir bereits oben unter d) gesehen haben. „Hierbei ist als Auslegungsmaßstab allein der Wille des Verfügenden heranzuziehen [...], nicht eigene Wertvorstellungen oder Vorverständnisse des Betreuers.“¹⁹⁵

Die Zuweisung der Verantwortung für die Auslegung und die Einschätzung liegt aber nur scheinbar exklusiv auf Seiten des Betreuers. „Denn der Betreuer ist *zum einen* für eine Einschätzung der ‚Behandlungssituation‘ fachlich nicht kompetent, es *fehlt ihm in aller Regel der nötige medizinische Sachverstand*. Zum *andern* geht das Gesetz davon aus, daß Arzt und Betreuer den

¹⁹⁰ Vgl. VERREL (2010), S. 28.

¹⁹¹ Vgl. MAY/BROKMANN (2010), S. 122f.

¹⁹² Vgl. JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 9 zu § 1901 BGB.

¹⁹³ Vgl. SPICKHOFF (2011), Rn. 10 zu § 1901a BGB.

¹⁹⁴ SPICKHOFF (2011), Rn. 10 zu § 1901a BGB.

¹⁹⁵ JÜRGENS (2014), Rn. 14 zu § 1901a BGB.

Willen des Patienten unterschiedlich auffassen können und sieht für diesen Fall des Dissenses ein *gerichtliches Verfahren* vor (§ 1904 Abs. 4); das ergäbe keinen Sinn, wenn der Betreuer allein über die Tragweite einer Patientenverfügung entscheiden könnte. Vielmehr trifft eine entsprechende Prüfungspflicht *auch die behandelnden Ärzte*, die selbst beurteilen müssen, ob für ihr Tun die erforderliche Einwilligung des Patienten vorliegt oder nicht. Daraus folgt, daß der Betreuer in jedem Fall, in dem die Patientenverfügung einschlägig sein *könnte*, diese dem behandelnden Arzt vorzulegen und sich mit ihm zu beraten hat (siehe § 1901b Abs. 1).¹⁹⁶ Die Einschätzung des Betreuers, ob die Festlegungen der Patientenverfügung auf den Fall zutreffen, bindet den Arzt also nicht.

Wie genau der Patientenwille durch den Betreuer (und Arzt) festgestellt werden soll, wird in § 1901b erläutert. Hierbei handelt es sich um eine klarstellende Regelung des Ablaufs, wie im Falle der Einwilligungsfähigkeit des Betreuten zu verfahren ist. An erster Stelle steht die ausschließlich vom Arzt gestellte Indikation, insofern er prüft, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose infrage kommen. Erst in einem zweiten Schritt, werden diese Maßnahmen mit dem Betreuer erörtert, wobei zur Feststellung des wirklichen bzw. mutmaßlichen Willens des Patienten oder seiner Wünsche nahen Angehörigen und/oder sonstigen Vertrauenspersonen Gelegenheit zur Anhörung gegeben werden soll. Stellvertretend für den Patienten – und in seinem Sinne – lehnt der Betreuer bestimmte Maßnahmen ab oder willigt in diese ein. Für den Fall einer Übereinstimmung zwischen Betreuer und Arzt muß – auch für den Fall, daß sich durch die Maßnahme die Gefahr ergibt, daß der Patient stirbt oder einen dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet – das Betreuungsgericht nach § 1904 Abs. 5 BGB nicht angerufen werden. Die vorbehaltliche Genehmigung einer Maßnahme durch das Betreuungsgericht besteht lt. § 1904 Abs. 1 und 2 nur für den Fall eines Dissenses zwischen Betreuer und Arzt.

¹⁹⁶ MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 25 zu § 1901a BGB (Hervorhebung durch Dieter Schwab).

Allerdings wirft diese Regelung ein ernstzunehmendes Problem auf: Im Falle der einvernehmlichen Entscheidung zwischen Betreuer und Arzt soll das Betreuungsgericht – auch für die übereinstimmende Entscheidung für den Tod des Patienten – diese Entscheidung im Hinblick auf den Patientenwillen nicht mehr überprüfen können.¹⁹⁷ Es bleiben so „Zweifel im Hinblick auf die notwendige Schutzpflicht des Staates“¹⁹⁸. Ist es nicht denkbar, daß in die Entscheidungen von Betreuer und Arzt nichtmedizinische Überlegungen einfließen? Oder anders gefragt: Ist es nicht denkbar, daß ein mit dem Patienten persönlich nicht bekannter Betreuer auf der einen Seite und ein dem Kostensenkungsdruck unterliegender Arzt auf der anderen sich im Zweifel für die kostengünstigere Variante, nämlich für den Abbruch der lebenserhaltenden Maßnahmen entscheiden werden?¹⁹⁹ Oder wie steht es umgekehrt mit dem privat Versicherten, der auch noch als Apalliker dem Klinikum – und auch dem Betreuer – Geld bringt?²⁰⁰

g) (Ärztliche) Aufklärung

Praktisch wird der Behandlungsvertrag geschlossen, indem der Arzt den Patienten angemessen über diagnostische und/oder therapeutische Unternehmungen aufklärt und der Patient in diese einwilligt. Dies ist insofern nötig, da schließlich jede Diagnostik oder Therapie einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellt.²⁰¹ Erst die seitens des Arztes gestellte Indikation und die Einwilligung des angemessen aufgeklärten Patienten rechtfertigen diesen Eingriff. Bevor aber der Patient einwilligt, benötigt er nach dem Konzept des *informed consent*²⁰² eine umfassende und verständliche Aufklärung, da ansonsten für ihn die Situation medizinisch

¹⁹⁷ Vgl. DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 1000.

¹⁹⁸ DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 1001.

¹⁹⁹ Vgl. DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 1001.

²⁰⁰ Vgl. DEUTSCH/SPICKHOFF (2014), Rn. 1001.

²⁰¹ Jeder von einem Arzt bei einem Patienten durchgeführte Eingriff erfüllt den objektiven Tatbestand der Körperverletzung, der in den §§ 223ff StGB mit Strafe bedroht ist.

²⁰² Vgl. JÜRGENS (2014), Rn. 6 zu § 1901a BGB. Das Konzept des *informed consent* (dt. „aufgeklärte Einwilligung“) geht auf den US-amerikanischen Moralphilosophen und Bioethiker Tom Beauchamp zurück. Allgemein anerkannte Voraussetzungen des *informed consent* sind: 1. Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit; 2. angemessene Aufklärung über die relevanten Sachverhalte; 3. Rückversicherung über das Verstehen auf Seiten des Patienten und 4. Gewährleistung der Freiwilligkeit der Entscheidung.

nicht beurteilbar ist.²⁰³ „Deshalb besteht in unserer Rechtsordnung Einigkeit darüber, daß die Einwilligung des Patienten nur dann wirksam ist, wenn sie von der Erkenntnis des Wesens, der Bedeutung und der Tragweite des ärztlichen Eingriffs getragen ist, jedenfalls in den Grundzügen.“²⁰⁴

Der Gesetzgeber hat jedoch von einer (ärztlichen²⁰⁵ und juristischen) Beratungspflicht abgesehen, insofern der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht es gebiete, die Zahl der Voraussetzungen für eine wirksame Patientenverfügung möglichst gering zu halten.²⁰⁶ Mit Recht ist – von juristischer wie von ärztlicher Seite – wiederholt darauf hingewiesen worden, daß „die Aufklärung die Selbstbestimmung oft überhaupt erst effektiviert“²⁰⁷ bzw. ermöglicht.

Es wird daher die Befürchtung geäußert, daß durch das Zusammenspiel von Bestimmtheiterfordernis und fehlender Aufklärungspflicht die Patientenverfügung entwertet werde.²⁰⁸

h) Reichweitenbegrenzung

Anders als von der vom Deutschen Bundestag eingesetzten Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ und anderen empfohlen, sich nämlich im Rahmen einer gesetzlichen Regelung zur Gültigkeit von Patientenverfügungen „auf Fallkonstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach

²⁰³ Vgl. BEHLAU/KIERIG (2011), S. 1. Hierzu wird von MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 9 zu § 1901a BGB weiter expliziert: „Ob der Erklärende im konkreten Fall als entscheidungsfähig angesehen werden kann, ist im Kontext mit dem zu behandelnden Leiden und den angezeigten Therapien zu beurteilen: Je komplizierter sich nach medizinrechtlichen Grundsätzen die ärztliche Aufklärung über die therapeutischen Möglichkeiten und Risiken gestaltet, desto höhere Anforderungen sind an die Entscheidungsfähigkeit zu stellen.“

²⁰⁴ BEHLAU/KIERIG (2011), S. 1.

²⁰⁵ In der Beschlußempfehlung des Rechtsausschusses heißt es, daß „eine solche Beratung aber nicht zwingend durch einen Arzt erfolgen muß, es können auch Beratungsangebote von nichtärztlichen, im Umgang mit Patientenverfügungen erfahrenen Einrichtungen oder Personen in Anspruch genommen werden, das können beispielsweise fachkundige Verbände, Vertreter von Glaubensgemeinschaften oder Selbsthilfegruppen sein“ [BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/13314, S. 19].

²⁰⁶ Vgl. BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/13314, S. 21f.

²⁰⁷ SPICKHOFF (2011), Rn. 1 zu § 1901b BGB.

²⁰⁸ JÜRGENS (2014), Rn. 8 zu § 1901a BGB.

ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird“²⁰⁹, hebt der Bundesgesetzgeber mit § 1901a Abs. 3 BGB „ausdrücklich hervor, daß die Beachtlichkeit von nach Abs. 1 verbindlichen Patientenverfügungen nicht von Art und Stadium der Erkrankung des Betroffenen abhängig ist“²¹⁰. Insofern die Regelungen einer Patientenverfügung demnach jede Krankheit und jedes Lebensstadium erfassen können, „hat der Gesetzgeber Überlegungen eine Absage erteilt, wonach bestimmte Lebenssituationen (wie etwa Wachkoma oder Demenz) von vornherein einer Regelung in einer Patientenverfügung verschlossen bleiben sollen“²¹¹.

Es gibt also nach geltendem Recht keine Beschränkung der Reichweite für eine Patientenverfügung. Das konkurrierende Regelungsmodell einer Reichweitenbeschränkung, wie es der Entwurf von Bosbach vorsah und der mit dem Unterschied zwischen der Willensbildung in einer aktuellen Erkrankungssituation und einer lediglich antizipierten und damit fehleranfälligen Behandlungsentscheidung begründet wurde, war, „erheblichen, insbesondere verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt“²¹². Diese Bedenken ergeben sich juristisch aus dem Selbstbestimmungsrecht,²¹³ insofern „auch der Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme bei entsprechendem Patientenwillen Ausdruck der allgemeinen Entscheidungsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit ist“²¹⁴.

Mit Rückgriff auf den Patientenwillen (wie er beispielsweise in Form einer Patientenverfügung zum Ausdruck kommt) ist der Behandlungsabbruch legitim, „wenn sich das Handeln darauf beschränke, einen Zustand (wieder-)herzustellen, der einem bereits begonnenen Krankheitsprozeß seinen Lauf läßt, indem zwar Leiden gelindert, die Krankheit aber nicht (mehr) behandelt wird, so daß der Patient letztlich dem Sterben überlassen wird; nicht erfaßt seien dagegen Fälle eines gezielten Eingriffs, der die Beendigung des Lebens vom

²⁰⁹ ENQUETE-KOMMISSION (2004), S. 38.

²¹⁰ VERREL (2010), S. 31.

²¹¹ JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 52 zu § 1901a BGB.

²¹² VERREL (2010), S. 32.

²¹³ Vgl. DAMRAU/ZIMMERMANN (2011), Rn. 40 zu § 1901a BGB.

²¹⁴ JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 54 zu § 1901a BGB.

Krankheitsprozeß abkoppelt“²¹⁵. Unzulässig ist demnach die aktive Sterbehilfe bzw. die Suizidassistenz.²¹⁶

i) Widerruf

Der Gesetzgeber stellt in § 1901a Abs. 1, S. 3 klar, daß eine Patientenverfügung jederzeit formlos widerrufen werden kann, da „die Formvorschrift [...] sich nur auf die Errichtung einer Patientenverfügung bezieht“²¹⁷. Der Widerruf kann mündlich oder durch nonverbale Gesten erfolgen und wird wirksam, „wenn der Patient deutlich macht, an der im vorhinein getroffenen Entscheidung in der aktuellen Situation erkennbar nicht festhalten zu wollen, indem er sich von seiner früheren Verfügung mit erkennbarem Widerrufswillen distanziert“²¹⁸.

Der Widerruf erfordert keine Geschäfts-, sondern nur eine Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen.²¹⁹ Doch hat auch das Widerstreben des einwilligungsunfähigen Patienten bzw. sein „natürlich-kreatürlicher Wille“ Bedeutung für die Frage, ob die in einer Patientenverfügung getroffene Festlegung noch für die konkrete Lebenssituation zutrifft, insbesondere wenn der Patient jetzt – im Widerspruch zum Text der Verfügung – erkennen läßt, daß er die Weiterbehandlung wünscht.²²⁰

²¹⁵ MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 30 zu § 1901a BGB.

²¹⁶ Vgl. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 6 zu § 1901a BGB.

²¹⁷ PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 25 zu § 1901a BGB.

²¹⁸ JURGELEIT/KIEß (2013), Rn. 37 zu § 1901a BGB.

²¹⁹ Vgl. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 25 zu § 1901a BGB.

²²⁰ Vgl. MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 35 zu § 1901a BGB. Lt. PALANDT/GÖTZ (2014), Rn. 25 zu § 1901a BGB ist es unter Juristen strittig, ob der natürliche Wille des Einwilligungsunfähigen für einen Widerruf ausreicht. Denn der Widerrufswille darf nicht mit der „kreatürlichen Compliance“ verwechselt werden, zu der auch demente Patienten etwa bei der Nahrungsaufnahme noch in der Lage sein können. „Hat ein solcher [Patient] in seiner Patientenverfügung hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht, daß er einer Existenz in Wachkoma oder hochgradiger Demenz den Tod vorzieht, kann er für einen solchen ernsthaften Wunsch, ihm zu ermöglichen zu sterben, den Menschenwürdeschutz von GG Art. 1 Abs. 1 in Anspruch nehmen.“ [Ebd.]

1.6 Auswirkungen in der Rechtsprechung

a) Urteil des 2. Strafsenats des BGH vom 25. Juni 2010:

Der „Fuldaer Sterbehilfefall“

Bereits im ersten Jahr nach Geltung des neuen Patientenverfügungsgesetzes erging eine bedeutsame Grundsatzentscheidung des BGH²²¹. Das Urteil „brachte eine wesentliche Klarstellung zur strafrechtlichen Beurteilung von Behandlungsbegrenzungen gemäß dem Patientenwillen und gab hierbei frühere Beurteilungsmaßstäbe auf“²²². Das Gericht hatte über die Revision eines Rechtsanwaltes²²³ zu entscheiden, der vom Landgericht Fulda wegen versuchten Totschlags verurteilt worden war. Hintergrund war folgender: Die seit fünf Jahren im irreversiblen Wachkoma befindliche Mutter der zur Betreuerin ernannten Tochter wurde mittels PEG-Sonde künstlich ernährt. Obwohl es dem ausdrücklichen Willen der Patientin entsprach, im Falle von dauernder Bewußtlosigkeit keine künstliche Ernährung zu erhalten, hatte sich das Pflegeheim geweigert, dem Drängen der Tochter und des Hausarztes nachzugeben. Nachdem sich die Situation im Pflegeheim zugespitzt hatte, hatte besagter Anwalt der Tochter als seiner Mandantin geraten, den Abbruch der künstlichen Ernährung zu erzwingen, indem diese den Schlauch der Magensonde durchtrennen sollte, was diese (mit Hilfe ihres Bruders) am 20. Dezember 2007 ausführte. Nachdem das Pflegepersonal dies bereits nach einigen Minuten entdeckt und die Heimleitung die Polizei eingeschaltet hatte, wurde die Patientin auf Anordnung eines Staatsanwalts gegen den Willen ihrer Kinder in ein Krankenhaus gebracht, wo ihr eine neue PEG-Sonde gelegt und die künstliche Ernährung wieder aufgenommen wurde. Sie starb dort am 5. Januar 2008 eines natürlichen Todes auf Grund ihrer Erkrankungen.

²²¹ BGH, 25.06.2010 - Aktenzeichen 2 StR 454/09.

²²² KNITTEL (2012), S. 15.

²²³ Wolfgang Putz.

Nach bisheriger Rechtsprechung konnte eine aktive, direkt auf die Beendigung des Lebens abzielende Handlung – wie beispielsweise das Durchtrennen einer Magensonde – nicht durch den Willen des Patienten gerechtfertigt werden. Denn bis dahin entschied die Abgrenzung zwischen aktivem Tun und Unterlassen, ob die Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung als erlaubte Sterbehilfe oder als strafbare Handlung einzuordnen war.²²⁴ An dieser bisherigen Abgrenzung von zulässiger „passiver“ und unzulässiger „aktiver“ Sterbehilfe anhand der naturalistischen Unterscheidung von Tun und Unterlassen hielt der BGH nicht länger fest.²²⁵ Demgegenüber „faßt der BGH alle Handlungen im Zusammenhang mit der Beendigung einer ärztlichen Heilbehandlung zusammen unter dem normativ-wertenden Oberbegriff des ‚Behandlungsabbruches‘. Dieser schließt auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden ein, eine Heilmaßnahme gemäß dem Willen des Patienten zu beenden oder zu begrenzen“²²⁶, [...] wenn die Zielsetzung dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Aus diesem Grund hatte der 2. Strafsenat das Urteil des Landgerichtes Fulda aufgehoben und den Rechtsanwalt freigesprochen.²²⁷

²²⁴ Vgl. ALBRECHT (2011), S. 12

²²⁵ Vgl. KNITTEL (2012), S. 15f.

²²⁶ KNITTEL (2012), S. 16.

²²⁷ Zwar mag die Kanzlei von Herrn Rechtsanwalt Putz mit dem „spektakulären Sterbehilfeprozeß“ und dem nachfolgenden Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs zur Sterbehilfe „Justizgeschichte“ geschrieben haben, wie sich die entsprechende Kanzlei auf ihrer Homepage feiert. Das richterliche Urteil in diesem Fall ist mit Blick auf die Vorgaben des Gesetzgebers in den §§ 1901a ff. konsequent und im Sinne der Rechtssicherheit zufriedenstellend. Aber ist das Mittel angemessen? Es erscheint zumindest menschlich fragwürdig, wie weit hier ein Rechtsanwalt für seine Sicht der Dinge zu gehen bereit war. Bedurfte es wirklich dieser Konfrontation oder wäre die anwaltliche Beratung nicht besser dahin gegangen, die Verlegung der Patientin in ein anderes Pflegeheim anzuraten? Was ist davon zu halten, die Tochter telefonisch akut zu animieren, die PEG-Sonde zu durchtrennen, obwohl die Sondenernährung bereits über fast dreieinhalb Jahre durchgeführt worden war? Warum nun auf einmal die Eile? Ist es nicht gerade unverantwortlich zu nennen, bei – damals zumindest – unsicherer Rechtslage die Tochter vorzuschicken? Zumal in der Konstellation des Angehörigen als „Täter“ von einer Traumatisierung der Tochter auszugehen ist? Wird diese sich wirklich ganz die juristische Sicht auf die Dinge zu eigen machen oder werden sie nicht vielleicht doch Gewissensbisse (ob berechtigt oder nicht) quälen? Man denke auch an die Zumutung eines Gerichtsprozesses, in dessen Rahmen man als Angeklagter in Erscheinung tritt. Konsequenterweise hätte der Rechtsanwalt die PEG-Sonde selber durchtrennen sollen. Und nicht zuletzt: Brauchte es wirklich diese juristische Eskalation, zumal die Patientin auch mit PEG-Sonde infolge ihrer hohen Morbidität ca. zwei Wochen später im Krankenhaus verstarb? – Mir scheint, hier wird im Umgang mit schwerkranken Menschen der Beruf des Rechtsanwaltes nicht als ein Dienst am Recht, sondern als Hochleistungsport im Dienst einer persönlichen Profilierung verstanden.

In seinem Urteil „weist der BGH auf die strengen beweisrechtlichen Maßstäbe hin, die für die Feststellung des mutmaßlichen Behandlungswillens zu gelten haben. Hier sei vor allem zu prüfen, ob die Verfahrensregeln der §§ 1901a und 1901b BGB beachtet wurden.“²²⁸

b) BGH-Urteil vom 10. November 2010: Der „Kölner Sterbehilfefall“

Wie wichtig die Einhaltung dieser Verfahrensregeln zur Willensermittlung und Entscheidungsfindung in der Praxis ist und „daß der Freispruch nicht als Legitimation für ein Handeln durch Angehörige und als Aufforderung zur Selbstjustiz verstanden werden sollte, Beatmungsmaschinen abzustellen, Schläuche durchzutrennen, Katheter zu ziehen, um das Sterben zuzulassen“²²⁹ – wie es die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin schrieb –, sollte sich in einem Urteil des BGH²³⁰ aus demselben Jahr zeigen, welcher das Urteil von Juni präziserte.

Die neuere Entscheidung betraf einen Angeklagten, der versucht hatte, die intensivmedizinische Behandlung seiner Schwiegermutter eigenmächtig abubrechen. Diese hatte sich mit septischer Kreislaufkonstellation infolge einer Lungenentzündung und intubiert auf einer Intensivstation befunden. Der Angeklagte behauptete, daß seine Schwiegermutter dies alles nicht gewollt hätte und forderte die Ärzte zunehmend aggressiv auf, alle Maschinen abzustellen. Er berief sich dabei auf eine Patientenverfügung der Schwiegermutter, deren Inhalt er aber nicht kannte oder nicht kennen wollte. Nachdem jedoch die Ärzte kurze Zeit später Einblick in die von der Ehefrau gefaxte Patientenverfügung nehmen konnten, lehnten sie einen Behandlungsabbruch ab. In der Verfügung war festgelegt, daß „keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden sollen, wenn festgestellt ist, daß ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebenserhaltende Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne

²²⁸ KNITTEL (2012), S. 16.

²²⁹ PALLIATIVMEDIZIN (2010), S. 272.

²³⁰ BGH, 10.11.2010 - Aktenzeichen StR 320/10.

Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde, oder daß es zu einem nicht behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt, der zum Tode führt“. Die Ärzte hielten den Zustand der Patientin zwar für ernst, aber jedoch nicht hoffnungslos. Daraufhin schaltete der Angeklagte die Perfusoren mit den kreislaufunterstützenden Medikamenten selbst ab, was zu einem dramatischen Abfall von Blutdruck und Herzfrequenz der Patientin führte. Am Versuch, auch das Beatmungsgerät abzuschalten, wurde er gewaltsam durch einen Krankenpfleger gehindert. Nach zehn Sekunden wurden die Perfusoren wieder vom Klinikpersonal eingeschaltet. Die Patientin verstarb drei Stunden später an einem septischen Schock, nicht nachweisbar an der vorübergehenden kurzen Unterbrechung der Medikamentenzufuhr.

Das Landgericht Köln verurteilte den Angeklagten wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren, die es zur Bewährung aussetzte. Der BGH verwarf die Revision des Angeklagten als unbegründet. Ein gerechtfertigter Behandlungsabbruch habe schon deshalb nicht vorliegen können, weil der Angeklagte den Willen der Patientin gar nicht kannte. Außerdem waren die in der Patientenverfügung festgelegten Bedingungen nicht erfüllt. Der Senat verwies nochmals auf die Vorgaben der §§ 1901a und 1901b, welche eine verfahrensrechtliche Absicherung bei der Ermittlung des Patientenwillens darstellen und damit für alle Beteiligten eine Rechts- und Verhaltenssicherheit begründen.

1.7 Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis

Als praktische Hilfestellung zum Umgang mit Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag veröffentlichte die Bundesärztekammer eine Empfehlung²³¹, „in der sie einen Leitfaden der nun gültigen gesetzlichen Regelung liefert“²³².

Der aktuelle Wille des einwilligungsfähigen Patienten sei für das Handeln von Arzt und Betreuer maßgebend. Erst wenn der Patient seinen Willen aktuell nicht mehr äußern könne, müsse und dürfe er auf anderem Wege ermittelt werden; stehe er fest, sei er für alle Beteiligten verbindlich.²³³ Zur Feststellung des Patientenwillens müßten verschiedene Arten von Willensbekundungen unterschieden werden, nämlich erstens die (mündliche) Mitteilung von Überzeugungen, Wertvorstellungen und Ähnlichem, zweitens die Äußerung von Behandlungswünschen und drittens die Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1, S. 1 BGB. Hier werden dann die rechtlichen Erfordernisse – wie oben dargestellt – expliziert. Die (zuweilen immer noch) strittige Frage, ob eine auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffende Patientenverfügung auch den Arzt direkt bindet, soweit dieser keine Zweifel an der Einschlägigkeit hat, mit der Folge, daß er auch ohne die Beteiligung eines Betreuers auf Grundlage der Patientenverfügung entscheiden kann, wird von der Bundesärztekammer positiv beantwortet. Eine einschlägige Patientenverfügung bindet auch den Arzt direkt, eine Verpflichtung zur Bestellung eines Betreuers sei in einer solchen Situation – wie auch im

²³¹ Die erste Bekanntmachung in *Deutsches Ärzteblatt* datiert auf den 07. Mai 2010 (*Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107 (18): A 877 - 882). Eine überarbeitete Empfehlung (welche auch das Verhältnis von Patientenverfügung und Organspende berücksichtigt) wurde am 19. August 2013 (*Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110 (33-34): A 1580 - 1585 [BUNDESÄRZTEKAMMER (2013)]) veröffentlicht.

²³² ALBRECHT (2011), S. 14.

²³³ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1582.

Notfall²³⁴ – nicht gegeben.²³⁵ Sonst ist im Regelfall bei fehlendem Patientenvertreter (Betreuer/Bevollmächtigter) durch den Arzt das Betreuungsgericht zu informieren und eine Betreuung anzuregen.²³⁶ Weiter empfiehlt die Bundesärztekammer, eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht zu kombinieren.²³⁷

In der Empfehlung sind, „was für die Praxis von hohem Interesse sein dürfte“²³⁸, zwei mögliche Konfliktsituationen geschildert, die im Wesentlichen in zwei Konstellationen auftreten können.²³⁹ Zum einen Fälle, in denen aus ärztlicher Sicht eine Indikation zur Behandlung besteht, der Betreuer diese jedoch ablehnt; zum anderen Fälle, in denen der Betreuer oder Angehörige des Patienten die Durchführung oder Weiterführung einer nicht (mehr) indizierten Maßnahme verlangen.

Letzterer Fall kann leicht gelöst werden, denn „besteht keine medizinische Indikation zur Einleitung oder Weiterführung einer Maßnahme, so darf diese nicht (mehr) eingeleitet werden“²⁴⁰. Es könne jedoch gerechtfertigt sein, „eine Maßnahme, wie die künstliche Beatmung oder Ernährung, begrenzt weiterzuführen, um den Angehörigen Zeit für den Verarbeitungs- und Verabschiedungsprozeß zu geben, solange die Fortführung der Maßnahme für den Patienten keine unzumutbare Belastung darstellt“²⁴¹.

Die Lösung des ersten Falles orientiert sich an den Vorgaben des Gesetzes. Sind sich Arzt und Patientenvertreter einig, daß die Durchführung der indizierten Maßnahme nicht dem (mutmaßlichen) Patientenwillen entspricht, wird sie unterlassen.

²³⁴ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1585 unter Punkt 11.

²³⁵ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1582.

²³⁶ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1585.

²³⁷ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1581f.

²³⁸ ALBRECHT (2011), S. 14.

²³⁹ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1585.

²⁴⁰ BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1585.

²⁴¹ BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1585.

Besteht bezüglich des Patientenwillens ein Dissens und der Patient kommt aufgrund der Weigerung des Patientenvertreters, einer indizierten Maßnahme zuzustimmen in Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens, so ist das Betreuungsgericht anzurufen.²⁴² Das Betreuungsgericht hat in jedem Fall aber nicht die Frage der medizinischen Indikation zu entscheiden, sondern zu prüfen, ob eine indizierte Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht.

1.8 Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung

In dieser erneuerten²⁴³ Empfehlung²⁴⁴ steckt die Bundesärztekammer Grenzen und Reichweite ärztlicher Pflichten in Bezug auf sterbende Patienten und Patienten mit schwersten zerebralen Schäden ab. Zwar sei es Aufgabe eines Arztes, Leben zu erhalten und die Gesundheit zu schützen, jedoch nicht um jeden Preis. Es gebe Situationen, in denen eine Therapiebegrenzung und der Übergang zu einer palliativmedizinischen Versorgung geboten sind.²⁴⁵ Bei der Auswahl der Behandlung solle der Arzt unter Achtung des Patientenwillens einen Konsens mit allen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern suchen. Ein Sterbevorgang soll nicht künstlich in die Länge gezogen werden, darüber hinaus seien auch die Begrenzung und Beendigung medizinischer Behandlungen möglich. Die Pflicht des Arztes beziehe sich dann auf eine Schmerz- und Leidlinderung sowie die Ermöglichung eines menschenwürdigen Sterbens. Die Entscheidung über die Einleitung oder Beendigung von ärztlichen Maßnahmen soll ein gemeinschaftlicher Prozeß von Arzt und Patient bzw. dessen Vertreter sein.

²⁴² Die Anrufung des Betreuungsgerichtes kann vom Arzt, vom Betreuer oder von sonstigen Dritten aus unternommen werden.

²⁴³ Die „Grundsätze (oder „Richtlinien“, wie es in der ersten Fassung hieß) zur ärztlichen Sterbebegleitung“ wurden 1993 erstmals von der Bundesärztekammer veröffentlicht. In den Jahren 1998, 2004 und 2011 erfolgte jeweils eine Überarbeitung.

²⁴⁴ BUNDESÄRZTEKAMMER (2011).

²⁴⁵ Hier ist jedoch darauf zu achten, daß für die Bundesärztekammer „Patienten mit schwersten zerebralen Schädigungen und kognitiven Funktionsstörungen ein Recht haben [...] auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; eine anhaltende Bewußtseinsbeeinträchtigung allein rechtfertigt nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen“ [BUNDESÄRZTEKAMMER (2011), S. 139].

Bei einwilligungsfähigen Patienten sei dessen geäußelter Wille, bei Entscheidungsunfähigen die Erklärung des Betreuers maßgebend. „Diese sind verpflichtet, den Willen und die Wünsche des Patienten zu beachten. Falls diese nicht bekannt sind, haben sie so zu entscheiden, wie es der Patient selbst getan hätte (mutmaßlicher Wille). Sie sollen dabei Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten einbeziehen, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Bestehen Anhaltspunkte für einen Mißbrauch oder für eine offensichtliche Fehlentscheidung, soll sich der Arzt an das Betreuungsgericht wenden.“²⁴⁶

Ist kein Vertreter vorhanden, wohl aber eine Patientenverfügung, könne der Arzt, auch ohne einen Betreuer bestellen zu lassen, die darin enthaltenen Festlegungen umsetzen, soweit sie auf die aktuelle Situation zutreffen. Generell wird aber – wie bereits in den Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung – empfohlen, einen Betreuer zu beteiligen bzw. bei Gericht eine Betreuerbestellung anzuregen.²⁴⁷

1.9 Das „Patientenrechtegesetz“

Die Frage der Betreuerbestellung beschäftigte auch den Gesetzgeber. Dieser klärte in dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz²⁴⁸ in § 630d Abs.1, S. 2 BGB, daß die Patientenverfügung für den Arzt verbindlich ist. In der Gesetzesbegründung zu § 630d Abs. 1, S. 2 BGB heißt es: „Sofern der Behandelnde keine Zweifel daran hat, daß eine wirksame Patientenverfügung vorliegt, die auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, wird er auf ihrer Grundlage entscheiden.“²⁴⁹ Damit wurde der Streit um die Notwendigkeit einer Betreuerbestellung entschieden. Bisher war umstritten, ob die Bestellung eines Betreuers

²⁴⁶ BUNDESÄRZTEKAMMER (2011), S. 139.

²⁴⁷ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (2011), S. 139.

²⁴⁸ Bundesgesetzblatt 2013, Teil I, Nr. 9, S. 277 - 282. Die Kodifikation des „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (so der amtliche Name) findet sich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) unter § 630a-h. Mit diesem Gesetz wurden die einzelnen Rechtsquellen, aus denen sich das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht speist, im BGB zusammengefaßt.

²⁴⁹ BUNDESTAGSDRUCKSACHE 17/10488, S. 23.

notwendig ist, wenn eine „eindeutige“ und wirksame Patientenverfügung vorliegt.²⁵⁰ „Durch den Verweis auf die Patientenverfügung nach § 1901a BGB wird dem Arzt der Durchgriff auf die Patientenverfügung gestattet.“²⁵¹

Es konnte mit dem Patientenrechtegesetz aber nicht nur das Problem des Betreuervorbehalts geklärt werden. Auch die Rolle der Aufklärung vor Abfassung einer Patientenverfügung – der Verzicht auf eine Aufklärungspflicht war von ärztlicher Seite in der Gesetzesdebatte kritisiert worden – wurde präzisiert: „Während das Patientenverfügungsgesetz eine ärztliche Beratung bei der Niederschrift der Patientenverfügung nicht zwingend vorsieht, wird im Zusammenhang mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen ‚Patientenrechtegesetz‘ von der Bundesregierung in der Begründung zum Gesetzentwurf²⁵² die Auffassung geäußert, daß eine Patientenverfügung, die Maßnahmen erlaubt, als verbindliche Patientenverfügung eine ärztliche Aufklärung – oder den ausdrücklichen Verzicht auf die Aufklärung – voraussetzt. Fehlt die ärztliche Aufklärung bezüglich Maßnahmen, die der Patient erlaubt, dann handelt es sich nach Auffassung der Bundesregierung insoweit nicht um eine verbindliche Patientenverfügung. Gleichwohl sind diese Wünsche des Patienten als Behandlungswünsche bzw. mutmaßlicher Wille nach §1901a Abs. 2 BGB zu berücksichtigen.“²⁵³

Nur für sich genommen könnte man in dieser Gesetzesbegründung eine grundstürzende Neuerung bezüglich des Stellenwertes einer Aufklärung für das Zustandekommen einer verbindlichen Patientenverfügung sehen. Allerdings kommt der Begründung zu einem Gesetzesentwurf rechtsdogmatisch keine normative Kraft zu, vielmehr kann durch den Rückgriff auf die Sichtweise der Bundesregierung nur der hermeneutische Rahmen für die (spätere)

²⁵⁰ Siehe hierzu HEITMANN (2010), Rn. 26 zu § 1901a BGB; SPICKHOFF (2011), Rn. 16 zu § 1901a BGB; SCHWEDLER (2010), S. 123ff; MÜKO/SCHWAB (2012), Rn. 33 zu § 1901a BGB; KUTZER (2010), S. 532.

²⁵¹ SCHWEDLER (2013), S. 653.

²⁵² BUNDESTAGSDRUCKSACHE 17/10488, S. 23.

²⁵³ BIERMANN (2013), S. 60.

Interpretation von Gesetzen abgesteckt werden.²⁵⁴ Es wird jedoch interessant zu sehen sein, inwieweit zukünftig diese Sicht der Bundesregierung in die Rechtspraxis Eingang findet.

1.10 Zusammenfassung

Dieser – relativ umfangreiche – Exkurs zum Thema Patientenverfügung hat die zwei Leitmotive der Gesetzesdebatte aufzeigen können: Selbstbestimmung und Rechtssicherheit. In der konkreten Ausgestaltung des Gesetzes zeigte sich eine Kontroverse insbesondere um die Reichweitenbegrenzung der Patientenverfügung, wie sie beispielsweise der Bosbach-Entwurf forderte. Wenn man so will, verlief die Trennlinie in dieser Kontroverse zwischen Befürwortern und Gegnern der Reichweitenbegrenzung zwischen sozialdemokratisch-juristischem und christlich-sozialem Flügel.²⁵⁵ Von den Befürwortern einer Reichweitenbegrenzung wurde mit der Gefahr eines Mißbrauches und dem möglichen Angriff auf den Lebensschutz argumentiert; die Gegner sahen mit einer Reichweitenbegrenzung die Selbstbestimmung des Patienten gefährdet.²⁵⁶ Auch die Ärzteschaft nahm kontrovers Stellung.²⁵⁷ Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, ob sich dieser Befund auch nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zeigt.

Mit der Entscheidung der Mitglieder des Deutschen Bundestages für den Entwurf um den Abgeordneten Stünker, zeichnet sich das Rechtsinstrument der Patientenverfügung

²⁵⁴ Diese Tatsache erhellt auch den Umstand, daß selbst in dem für Mediziner verfaßten (ausführlichen) Beitrag des Münchener Medizinrechtlers Klaus Ulsenheimer zum Patientenrechtegesetz auf diese Intention der Bundesregierung nicht Bezug genommen wird (Ders.: „Patientenrechtegesetz. Konsequenzen für die ärztliche Heilbehandlung.“ In: *Der Anästhesist* 2014 (Jg. 63), Heft 2, S. 98 - 104). Auch in den aktuellen medizinrechtlichen Lehrbüchern – QUAAS/ZUCK (2014) und DEUTSCH/SPICKHOFF (2014) – findet sich daher der Zusammenhang zwischen Intention der Bundesregierung und der Verbindlichkeit der Patientenverfügung nicht eigens thematisiert.

²⁵⁵ Vgl. DRIEHORST (2011), S. 13

²⁵⁶ Vgl. HAHNEN (2010), S. 31ff und 52f.

²⁵⁷ Siehe Kapitel 2.2. Man denke dabei (auf der Seite der Befürworter einer Reichweitenbegrenzung und darüber hinaus als Gegner einer gesetzlichen Regelung) an Jörg-Dietrich Hoppe und Stephan Sahm und (auf der Seite der Gegner einer Reichweitenbegrenzung und Befürworter einer gesetzlichen Regelung) Gian Domenico Borasio und Michael de Ridder.

hauptsächlich sowohl durch die Verbindlichkeit des Patientenwillens als auch durch die fehlende Aufklärungspflicht und Reichweitenbegrenzung aus.

Wie aber positionieren sich die Ärzte in der Debatte nach Inkrafttreten des Gesetzes? Sind es – mehr oder minder – die gleichen Themen, die auch jetzt in der Auseinandersetzung mit der Patientenverfügung eine Rolle spielen? Oder verändert die klinische Erfahrung im Umgang mit der Patientenverfügung die Inhalte der ärztlichen Auseinandersetzung? Auf diese Fragen soll im Rahmen nachstehender Analyse eine Antwort gegeben werden.

2. Methodik

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, untersucht vorliegende Arbeit anhand publizierter ärztlicher Stellungnahmen die Einstellung der Ärzteschaft gegenüber dem Instrument der Patientenverfügung. Die dabei leitende Fragestellung ist, wie Ärzte die vom Gesetzgeber beabsichtigte Stärkung der Patientenautonomie beurteilen: ist diese durch das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz – das sogenannte Patientenverfügungsgesetz – tatsächlich gestärkt oder doch faktisch geschwächt worden? Die Antwort auf genannte Fragen wird jeweils gesucht, indem die publizierten Stellungnahmen der Ärzteschaft seit dem Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes zusammentragen und analysiert werden. Es handelt sich dabei um eine systematische Übersichtsarbeit.

Die so gewonnenen ärztlichen Stellungnahmen wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring²⁵⁸ ausgewertet. Als Analysetechnik wurde die „Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung“ gewählt. Beides wird im ersten Punkt dieses Kapitels in Grundzügen vorgestellt. Anschließend folgt in einem zweiten Schritt die Beschreibung der Auswahl der ausgewerteten Artikel.

2.1 Die qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine vor allem in den Sozialwissenschaften seit den 1980er Jahren zunehmend etablierte Methode²⁵⁹ und stellt ein systematisches Regelwerk zur

²⁵⁸ MAYRING (2007).

²⁵⁹ Vgl. KUCKARTZ (2014), S. 19.

Interpretation von Texten dar.²⁶⁰ Im Unterschied zur quantitativen Inhaltsanalyse, die numerische Daten analysiert (z.B. Worthäufigkeiten und -verteilungen), geht es der qualitativen Inhaltsanalyse nicht um Statistik, sondern um eine Erarbeitung und thematische Einordnung von Informationen aus Texten. Wenn man so sagen will, sucht die quantitative Analyse Informationen auf Wortebene, die qualitative Analyse hingegen auf der Ebene der Argumente.

Zur besseren Abgrenzung beider Methoden ist darauf hinzuweisen, daß es im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse prinzipiell gleichgültig ist, ob ein Argument ein- oder hundertmal erwähnt wird – es hat immer den gleichen Stellenwert. Erst im Nachgang kann es im Rahmen der Ergebnispräsentation von Interesse sein, wie oft ein Argument von wem genannt wurde. Umgekehrt wendet sich die quantitative Inhaltsanalyse erst den Zahlen zu und versucht dann daraus (abstraktere) Informationen zu gewinnen.

Nach Mayring werden in der Erarbeitung der textimmanenten Informationen hauptsächlich drei verschiedene Vorgehensweisen unterschieden,²⁶¹ und zwar *Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung*, bei der „es Ziel der Analyse ist, das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“²⁶². Als zweites die *Explikation*, deren Ziel es ist, „zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet“²⁶³. Als letztes die *Strukturierung*, bei der bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert

²⁶⁰ Zwar wurde „die qualitative Inhaltsanalyse in den 1920er Jahren entwickelt, um die systematische Bearbeitung des Kommunikationsmaterials aus den aufstrebenden Massenmedien zu ermöglichen“ [HAHNEN (2010), S. 15], prinzipiell ist die qualitative Inhaltsanalyse aber für jede Art der Kommunikation übertragbar und daher nicht nur bei Texten, sondern auch bei anderen qualitativen Daten wie bspw. Bilder, Film etc. anwendbar. [Vgl. KUCKARTZ (2014), S. 14]. Eine häufige Anwendung findet die qualitative Inhaltsanalyse z.B. in der Auswertung von problemzentrierten Interviews.

²⁶¹ MAYRING (2007), S. 56ff.

²⁶² MAYRING (2007), S. 58.

²⁶³ MAYRING (2007), S. 58.

werden, mit dem Ziel, „unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“²⁶⁴.

Der vorliegenden Arbeit liegt die Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung zugrunde, auf die daher – sofern es für das Verständnis erforderlich ist – im folgenden näher eingegangen wird.

a) Regelgeleitetes Vorgehen

Wie bereits angedeutet, stellt die qualitative Inhaltsanalysegrundsätzlich eine Interpretation von Texten dar, jedoch mit dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit. Diesen Anspruch erfüllt sie mit ihrer strikten Regelgeleitetheit und Nachvollziehbarkeit.

Doch wie sieht eine solche regelgeleitete Analyse im Rahmen der Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung aus? Um die Interpretation der Textstellen und die daraus gezogenen Schlüsse nachvollziehbar zu machen und dem Vorwurf der Willkür oder der Beeinflussung der Ergebnisse durch Vorannahmen seitens des Untersuchers zu begegnen, sieht die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring folgendes Prozeßmodell vor:

1. Formulierung der Forschungsfrage und Datensammlung: Vorliegender Forschungsarbeit liegt die Frage zugrunde, ob aus ärztlicher Sicht mit dem Patientenverfügungsgesetz eine Stärkung der Patientenautonomie erzielt wurde. Entsprechend dieser Frage erfolgte zunächst eine Datenerhebung durch Zusammenstellung von publizierten Aussagen von Ärzten zum Thema Patientenverfügung (siehe Kapitel 3.2).

²⁶⁴ MAYRING (2007), S. 58.

2. Entwicklungsphase: Anhand des Datenmaterials erfolgte die an der Fragestellung orientierte Festlegung von inhaltlich deskriptiven Oberkategorien; diese sind:

- (a) die Darstellung der Debatte um die Patientenverfügung (nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes) und
- (b) die Darstellung der Patientenautonomie.

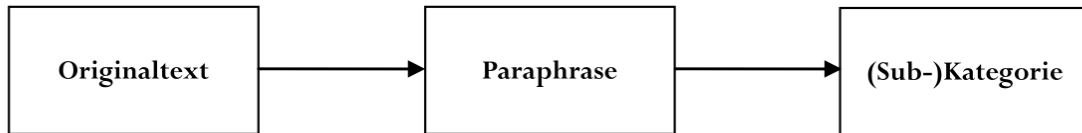
Diese Oberkategorien bildeten die Grundlage zur Identifikation relevanter Textstellen.

3. Codierphase: Aus dem Inhalt der Textstellen erfolgt in einem weiteren Schritt die Kategorienbildung. Das heißt, die Oberkategorien werden aus dem Untersuchungsmaterial heraus in sinnvolle, sich am Text anlehrende Unterkategorien eingeteilt. Das Vorgehen ist dabei streng textimmanent und es werden beispielhafte Texteinheiten zur Definition der Unterkategorien identifiziert.

Eine Analyseeinheit wurde jeweils so gewählt, daß sie den Grund ihrer Zuordnung zu einer bestimmten Unterkategorie (Coding) erkennen läßt; die einem Coding entsprechenden Texteinheiten sind in ihrer Länge sehr variabel und erstrecken sich von nur einem Wort bis hin zu mehreren Sätzen.

Die eigentliche induktive, also textimmanente Kategorienbildung am Material erfolgte mittels der Technik der paraphrasierenden Zusammenfassung. Hierbei wird – wie der Name schon sagt – die ursprüngliche Textstelle ihrem Inhalt nach paraphrasiert, d.h. es wird in insgesamt zwei zeitlich nachgeordneten Arbeitsschritten der Inhalt jeweils abstrahiert und mit anderen Worten wiedergegeben. Am Ende dieses Vorgangs steht dann die (Sub-)Kategorie.

Durch dieses Vorgehen wird die gefundene Kategorie grundsätzlich nachvollziehbar und überprüfbar. Folgendes Schema verdeutlicht dies:



Die Nachvollziehbarkeit geschieht im besonderen durch die Angabe von entsprechenden Textbeispielen im Ergebnisteil, die den Leser die Kategorienzuteilung und die getroffenen Schlußfolgerungen nachvollziehen lassen. Anders als in den meisten Arbeiten zur qualitativen Inhaltsanalyse kommen im Ergebnisteil vorliegender Untersuchung die Diskutanten recht häufig selbst zu Wort. Diese recht kleinteilige Ergebnisvorstellung wurde gewählt, um einerseits dem Leser einen besseren Überblick über die Argumente zu bieten, und zum anderen für den Leser die einzelnen Positionen der Ärzte als teilnehmende Diskutanten im Gesamtdiskurs eindeutiger bestimmbar zu machen.




Das Kategoriensystem ergab sich also aus den Aussagen von Ärzten selbst und wurde im Laufe der Untersuchung kontinuierlich evaluiert, revidiert und erweitert. Auf diese Weise entstand schließlich ein strukturiertes System von Kategorien, das sich schließlich zu wenigen Unterkategorien zusammenfassen ließ.

Folgender beispielhafter Ausschnitt aus dem Kategoriensystem kann dies veranschaulichen:

Kategorie	Beispiel
Oberkategorie	Darstellung der Debatte um die Patientenverfügung
Schlüsselkategorie I	Einstellungen zum Patientenverfügungsgesetz
Schlüsselkategorie II	Stärken des Patientenverfügungsgesetzes
Unterkategorie	Rechtssicherheit
Coding	mehr Rechtssicherheit durch gesetzliche Vorschrift
Textstelle	„Die neue gesetzliche Vorschrift hat [...] durchaus mehr Rechtssicherheit gebracht.“

Zu beachten ist, daß – um eine übersichtlichere Darstellung im Ergebnisteil zu gewährleisten – zwischen der Schlüssel- und der Unterkategorie die Kategorie „Stärken des Patientenverfügungsgesetzes“ und „Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes“ als Schlüsselkategorie II eingeführt wurde.

Insgesamt läßt sich der für die Codierphase kennzeichnende Prozeß, nämlich der Verdichtung und Systematisierung der textimmanenten Informationen, mit nachstehendem Schema²⁶⁵ illustrieren:

	Thema A	Thema B	Thema C
Arzt 1	Textstellen von Arzt 1 zu Thema A	Textstellen von Arzt 1 zu Thema B	Textstellen von Arzt 1 zu Thema C
Arzt 2	Textstellen von Arzt 2 zu Thema A	Textstellen von Arzt 2 zu Thema B	Textstellen von Arzt 2 zu Thema C
Arzt 3	Textstellen von Arzt 3 zu Thema A	Textstellen von Arzt 3 zu Thema B	Textstellen von Arzt 3 zu Thema C
kategorienbasierte Auswertung zu <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  Thema A </div> <div style="text-align: center;">  Thema B </div> <div style="text-align: center;">  Thema C </div> </div> jeweils mit Haupt- und Unterkategorien			

4. Auswertungsphase: In diesem letzten Schritt wird das zuvor erhobene Datenmaterial ausgewertet. An dieser Stelle ist auch eine quantitative Aufbereitung des Materials möglich.

b) Computergestützte Analyse

Die vorgenommene Analyse wurde durch das EDV-Programm MAXQDA unterstützt. Hierdurch wurde die (sehr) aufwendige Systematisierung und Strukturierung der Aussagen erleichtert. Im einzelnen sind weiterhin folgende Vorteile zu nennen, und zwar „übersichtliche Gestaltung des umfangreichen Kategorienbaums, sorgfältige Dokumentation der

²⁶⁵ Modifiziert nach KUCKARTZ (2014), S. 74.

Analyseschritte, sowie selektive Betrachtungen des Materials und lexikalische Suchabfragen innerhalb der Texte [...]“²⁶⁶. Auch ist durch eine EDV-basierte Auswertung zusätzlich die Aufbereitung des Materials mittels quantitativer Verfahren möglich. Weiter stehen dem Nutzer vielfache Möglichkeiten der Visualisierung des Materials im Ergebnisteil zur Verfügung.

2.2 Das Analysematerial

Für die Erhebung des Analysematerials wurde im März 2013 in acht medizinischen Datenbanken (Deutsches Ärzteblatt, CCMed, ETHMED, gms, gms Meetings, MEDLINE, MEDIKAT und EMBASE) eine Suche nach dem Begriff „Patientenverfügung“ (Schlagwortsuche) durchgeführt. Auswahlzeitraum war 09/2009 bis einschließlich 12/2012. Nach dem Schneeballprinzip wurde des weiteren nach passenden Artikeln im Literaturverzeichnis der gefundenen Beiträge gesucht.

Ein Auswahlkriterium der Artikel war, daß sie von Ärzten verfaßt sein mußten bzw. bei mehreren Autoren mindestens ein Arzt als Co-Autor genannt wurde. Weiter wurde nur nach Artikeln aus Deutschland gesucht, da aufgrund unterschiedlicher Gesetzgebung (bspw. in den USA, Österreich und der Schweiz)²⁶⁷ die dem Gesetz sich anschließende Diskussion jeweils etwas andere Schwerpunkte aufweist. Aussortiert wurden auch solche Stellungnahmen, die – wie gerade kurz nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes – sich insbesondere der rechtlichen Information widmeten und keine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Thema boten. Bei einer ersten Sichtung der Daten wurde schnell deutlich, daß auch in medizinischen Lehrbüchern bspw. zum Thema Intensiv- oder Palliativmedizin mehr (rechtliche) Information denn Wertung geboten wird. Aufgrund ihrer überwiegend pointierteren Darstellung wurde deshalb entschieden, nur Stellungnahmen in Form von Aufsätzen, Beiträgen, Empfehlungen und Leserbriefen in der medizinischen Fachpresse zur Datenerhebung

²⁶⁶ HAHNEN (2010), S. 16.

²⁶⁷ Siehe hierzu die Übersicht von DRIEHORST (2011), S. 16ff.

heranzuziehen. Aufgrund der Tatsache, daß sich regelmäßig Aufsatzinhalte auch in Monographien ein und desselben Autors wiederfinden, wurde – um Verzerrungen aufgrund von Doppelungen zu vermeiden – auf die Berücksichtigung von Monographien verzichtet, wenn vom selben Autor Zeitschriftenaufsätze vorlagen.

Insgesamt konnten im Anschluß an die erste Datenerhebung so 44 Artikel in die Auswertung mit eingehen.

Da gerade 2011 zwei Bundesverfassungsgerichtsurteile²⁶⁸ die Autonomie von Patienten mit psychischen Erkrankungen gestärkt hatten, nahm nachfolgend die Debatte um die Patientenverfügung wieder an Fahrt auf. Es wurde daher – mit Rücksicht auf den Fertigstellungstermin vorliegender Arbeit – begleitend zur Abfassung weiter Literaturrecherche zum Thema Patientenverfügung betrieben.

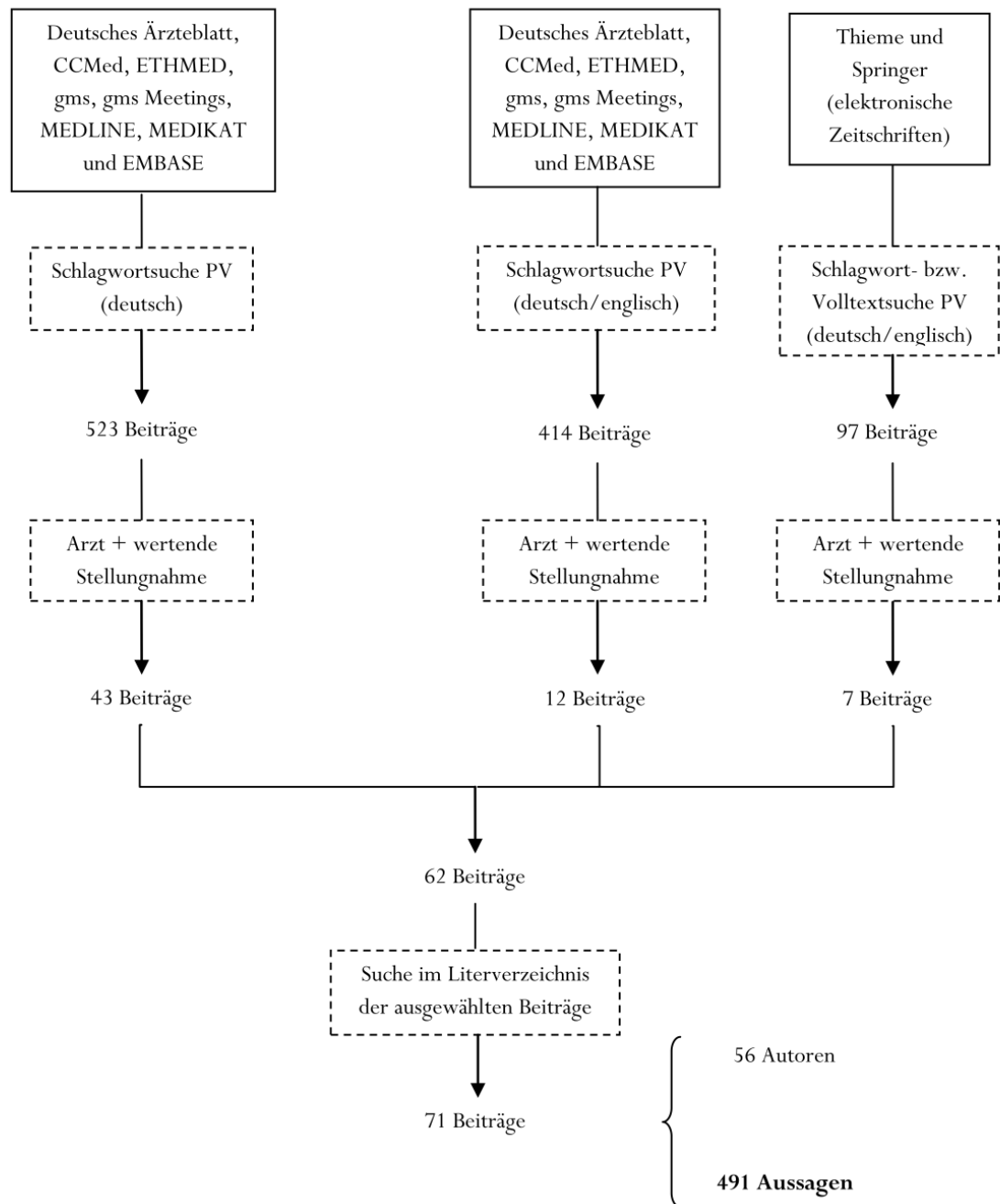
Diese zweite Datenerhebung im Juni 2014 erfolgte mittels der erneuten Schlagwortsuche in den oben genannten Datenbanken. Weiter wurde in den elektronischen Zeitschriftensammlungen der Verlage Thieme und Springer eine Titel- bzw. Volltextsuche vorgenommen. Aus dem Jahr 2013 (und teilweise 2014) wurden so weitere 17 Artikel identifiziert, die obengenannten Kriterien entsprachen. Wiederum mittels Schneeballsystems konnten aus den Literaturverzeichnissen der analysierten Stellungnahmen weitere zehn Artikel in die Auswertung integriert werden.

²⁶⁸ BVerfG, 23.03.2011 - Aktenzeichen 2 BvR 882/09 und BVerfG, 12.10.2011 - Aktenzeichen 2 BvR 633/11.

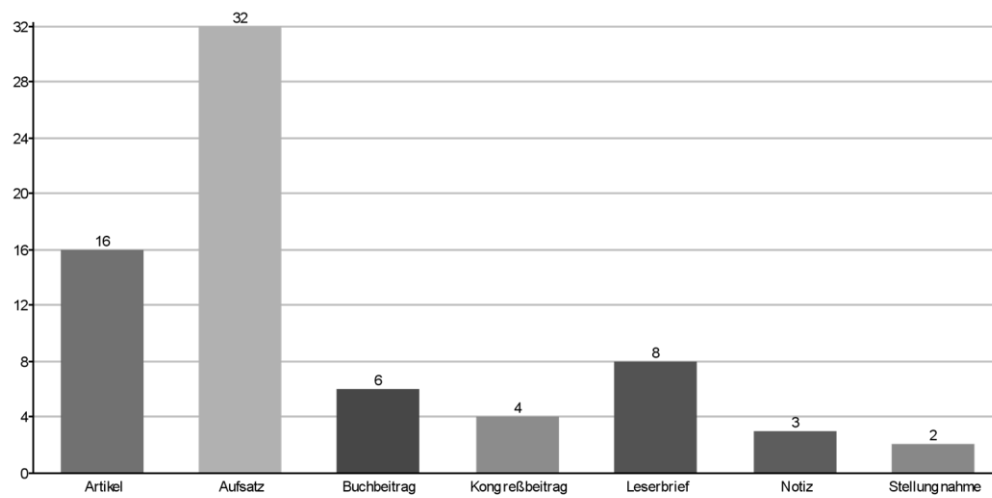
Alles in allem konnten auf diese Weise 71 Artikel von 56 Autoren und insgesamt 491 Einzelaussagen gewonnen werden. Nachfolgendes Schaubild verdeutlicht dies:

Erste Literatursuche (09/2009 – 12/2012)

Zweite Literatursuche (01/2013 – 06/2014)

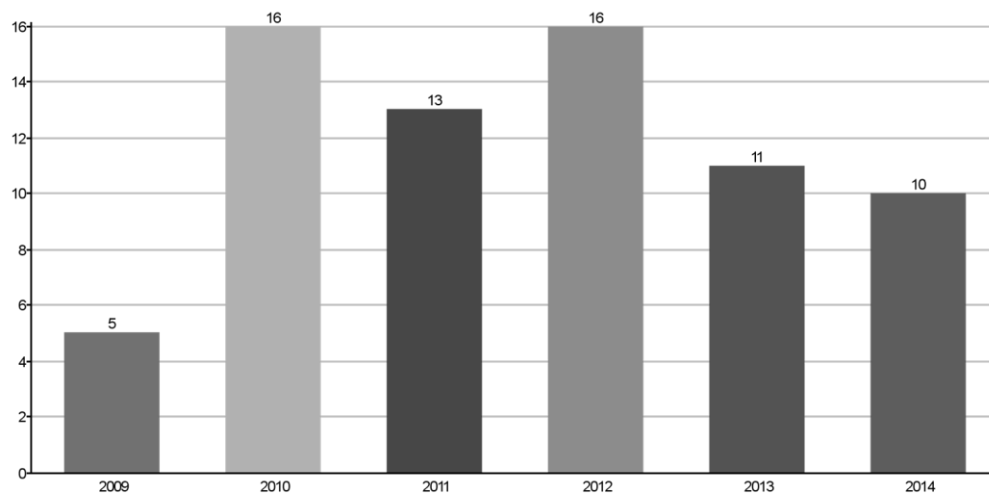


Die Art der Beiträge teilt sich wie folgt auf (in absoluten Zahlen):



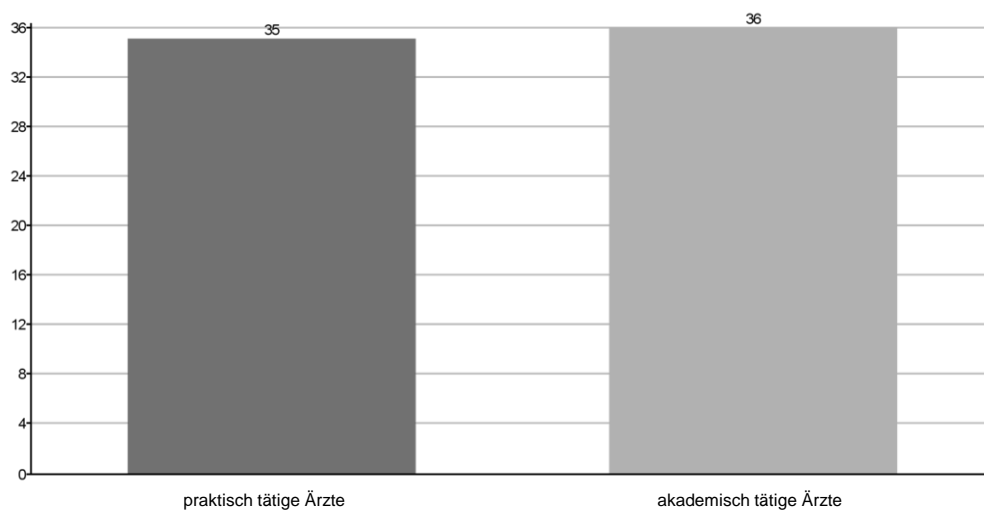
Innerhalb der Beiträge gab es insgesamt 20 veröffentlichte Studien. Die darin enthaltenen Aussagen werden vor allem im Abschnitt über die speziellen Schwächen der Patientenverfügung betrachtet.

Bezogen auf die einzelnen Jahre ergibt sich für die Anzahl der verfaßten Beiträge folgende Aufteilung:



Ein weiteres Anliegen der Analyse war es, herauszufinden, ob es bei den Ärzten grundsätzlich Unterschiede in ihren Einschätzungen gibt, je nachdem, ob sie eher akademisch (beispielsweise in einem Institut für Ethik in der Medizin) oder praktisch (in der Klinik oder im niedergelassenen Bereich) tätig sind.

Interessanterweise halten sich diese beiden Gruppen in der Anzahl der analysierten Aussagen nahezu die Waage:



In der Ergebnisvorstellung wird daher immer wieder auf den entsprechenden Hintergrund der Autoren hingewiesen, um dem Leser eine Zuordnung der Argumente zu ermöglichen. Tatsächlich konnte ein Akademiker- von einem Praktikerdiskurs unterschieden werden, worauf im Ergebnisteil näher eingegangen wird.

3. Ergebnisse

Insgesamt konnten 71 Artikel in die Auswertung einbezogen werden. Es entstanden aus der Arbeit an den Texten vier Schlüsselkategorien: 1. Einstellungen zum Patientenverfügungsgesetz, 2. Einstellungen zur Patientenverfügung, 3. ethische Konflikte und 4. (allgemeine) Lösungsvorschläge²⁶⁹. Als quasi weitere Schlüsselkategorie findet sich im Kategoriensystem der Punkt „Häufigkeit“. Innerhalb dieser Kategorie sind alle Aussagen zusammengestellt, in denen (prozentuale) Angaben beispielsweise zur Verbreitung der Patientenverfügung gemacht werden. Es wurden – zur Vermeidung von Redundanzen und für einen besseren Lesefluß – die ethischen Probleme, die Vorschläge zu Lösungsmöglichkeiten sowie Zahlen zur Häufigkeit der Patientenverfügung in die Ergebnisdarstellung der Kapitel 4.1 und 4.2 mit eingebracht und in der Zusammenfassung genannt.

Auf die anfangs strittige Frage, ob nur der Betreuer oder auch der Arzt als Adressat der Patientenverfügung anzusehen sei, wurde – obwohl sie in den Stellungnahmen einigen Raum beanspruchte – in der Aufzählung der Kategorien verzichtet, da diese Frage spätestens mit dem Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013²⁷⁰ definitiv beantwortet worden war (siehe Kapitel 2.9).

Für die – wie gesagt – kleinteilige Ergebnisdarstellung wurde die kategorienbasierte Auswertung gewählt, d.h. in den folgenden Kapiteln werden nun die Schlüsselkategorien einzeln betrachtet und in ihren Kernelementen näher erläutert. Daran schließt sich in Kapitel 4.3 die Darstellung der Ergebnisse an, die die Analyse im Hinblick auf die Einstellungen der

²⁶⁹ Die Lösungsvorschläge beziehen sich allerdings nicht einzig auf die ethischen Konflikte, sondern stellen eine Zusammenschau von Überlegungen dar, wie nach Meinung der Autoren Probleme im Umgang mit dem Instrument der Patientenverfügung behoben werden könnten.

²⁷⁰ BUNDESGESETZBLATT 2013, Teil I, Nr. 9, S. 277 - 282.

Ärzte zur beabsichtigten Stärkung der Patientenautonomie durch das Patientenverfügungsgesetz brachte.

3.1 Das Patientenverfügungsgesetz im Urteil der Ärzte

Die Analyse der Aussagen von Ärzten ergab, daß sich grob zwei Themengruppen ausmachen lassen. Zur ersten gehören Aussagen, die das *Patientenverfügungsgesetz* betreffen. Zur zweiten Themengruppe jene Aussagen, welche die *Patientenverfügung* (Kapitel 4.2) zum Gegenstand haben. Wie bereits erwähnt, wurde innerhalb jeder der beiden Gruppen zwischen Stärken und Schwächen entweder des Patientenverfügungsgesetzes oder der Patientenverfügung selbst unterschieden. Bei der Unterteilung in Stärken und Schwächen der Patientenverfügung wurde bei den Schwächen nochmals unterschieden zwischen einer mehr allgemeinen – also grundsätzlichen – und einer speziellen Kritik, wie sie vor allem aus dem Umgang mit der Patientenverfügung im Alltag der Ärzte formuliert werden konnte oder sich aus Studienergebnissen ergab.

Rund 31% der insgesamt 491 Aussagen entfallen auf das Thema Patientenverfügungsgesetz. Gut ein Drittel dieser Aussagen zum Patientenverfügungsgesetz befassen sich mit den Vorzügen des Gesetzes; die restlichen zwei Drittel formulieren Kritik am Gesetz. Im folgenden werden beide Lager zu Wort kommen und die Hintergründe der jeweiligen Einschätzung beleuchtet.

(a)Stärken des Patientenverfügungsgesetzes

Sehr grundsätzlich fällt das Urteil des Psychiaters GRÖZINGER et al. (2011), S. 64 aus, wenn er schreibt:

„Insgesamt ist die – längst überfällige – Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für Patientenverfügungen zu begrüßen“.

Sieht man sich näherhin an, was von Ärzten als Vorteil der Gesetzgebung genannt wird, so ist festzustellen, daß ein ganz überwiegender Anteil der Stellungnahmen sich mit dem Thema Rechtssicherheit befaßt (rund 52%).

(1) Der Gewinn an Rechtssicherheit

Dem Thema Rechtssicherheit widmen sich insgesamt 24 Aussagen. Laut Ärzteschaft begründen die geklärte Verbindlichkeit der Patientenverfügung und die verfahrensrechtlichen Klärungen des Gesetzes eine Zunahme an Rechtssicherheit.

Rechtssicherheit, so wird vom Medizinethiker IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 457 angeführt, ergebe sich daraus, daß

„das Patientenverfügungsgesetz manche medizinethischen und -rechtlichen Kontroversen entschieden hat“.

α Geklärte Verbindlichkeit

Vor allem die so geklärte Verbindlichkeit der Patientenverfügung wird in den Beiträgen eigens betont:

„Nach langem, kontroversen Verlauf wurde im Jahr 2009 mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auch in Deutschland gesetzlich verankert. Diese Entwicklung ist ohne Zweifel zu begrüßen, beendet sie doch eine jahrelang in der Praxis vorherrschende, wenn auch angesichts der höchstrichterlichen Rechtsprechung vermeintliche Unsicherheit hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen.“
[MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 214]

Laut einer Interviewstudie mit fünf Intensivmedizinerinnen aus Sachsen-Anhalt folgt aus der Rechtssicherheit ein größerer Handlungsspielraum für Ärzte:

„Die gesetzliche Regelung [des Instrumentes der Patientenverfügung, Anm. d. A.] wurde von den Intensivmedizinerinnen sehr gut angenommen. Die Gesetzeslage bringt ihrer Ansicht nach mehr Rechtssicherheit und minimiert damit die Sorge hinsichtlich unterlassener Hilfeleistungen. Damit haben die Ärzte mehr Spielraum, den Patientenwillen umzusetzen.“ [LANGER et al. (2013): A 2188]

Neben der Klärung zuvor strittiger Punkte konnte nach Ansicht der meisten der sich zum Thema Rechtssicherheit äussernden Ärzte das Patientenverfügungsgesetz zur Klärung des Procedere im Umgang mit der Patientenverfügung beitragen. Beispielfhaft sei hier der Intensivmediziner Salomon angeführt:

„Der Gesetzestext hat Begriffe definiert, zum Teil neu formuliert und Formalien geregelt. Sie können im ärztlichen Alltag klärend sein.“ [SALOMON (2010), S. 182].

β Verfahrensrechtliche Klärungen

Als besonders hilfreich für mehr Rechtssicherheit im Umgang mit der Patientenverfügung werden von ärztlicher Seite Klarstellungen des Gesetzgebers begrüßt. Hier ist die Zahl der gemachten Aussagen gleichauf mit der zur Rechtssicherheit: zwölf Aussagen (rund 26%) sehen die prozessualen Klärungen des Gesetzgebers als hilfreich an.

Insbesondere zwei Klarstellungen werden erwähnt: nämlich einmal, unter welchen Bedingungen eine Patientenverfügung wirksam ist – und damit den Arzt bindet –, und zum anderen, wie sich die Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Betreuer gestalten soll. Auch eine Präzisierung der Rolle der Betreuungsgerichte – daß diese nämlich nur im Falle eines Dissenses über den Patientenwillen anzurufen sind – wurde als klärend angesehen:

Insgesamt würden die geklärten Zuständigkeiten, wie sie das Gesetz formuliert, die Behandlungsentscheidungen beschleunigen.

„Diese Zuständigkeiten beschleunigen die Entscheidung, wenn Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigter sich einig sind.“ [SALOMON (2010), S. 182]

Leider sind keine Aussagen unter den Ärzten zu finden, wie oft nach ihren Erfahrungen zwischen Arzt und Betreuer/Bevollmächtigtem Einigkeit bzw. Dissens bezüglich des Patientenwillens besteht.

(2) Die (formale) Stärkung der Patientenautonomie

Mit rund elf auf das Thema Patientenautonomie entfallenen Aussagen, gehört dieses Thema zur zweiten großen Gruppe von Stellungnahmen zu Stärken des Patientenverfügungsgesetzes. Die Sichtweise einer Stärkung der Autonomie des Patienten kommt exemplarisch in folgender Aussage zum Ausdruck:

„Grundsätzlich [wird] das neue Patientenverfügungsgesetz als Konkretisierung des Selbstbestimmungsrechtes gemäß Artikel 2 des Grundgesetzes begrüßt, indem die Patientenverfügung ermöglicht, Vorsorge auch für einen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit zu treffen. Damit wird die Autonomie der [...] betroffenen Patienten gestärkt.“ [PODOLL et al. (2010), S. 638]

Was nun innerhalb dieser Reihe von Aussagen zur Patientenautonomie auffällt, ist die Tatsache, daß von den Ärzten keine Wertung vorgenommen wird, inwieweit durch die gesetzlichen Bestimmungen das Verhältnis zwischen Fürsorge des Arztes und Autonomie des Patienten inhaltlich geordnet wurde. Die Ärzte stellen vielmehr auf die formale Seite der Patientenautonomie ab, die einerseits durch die *Voraussetzungen zur Abfassung einer Patientenverfügung* und andererseits mittels der *verfahrensrechtlichen Anweisungen* wirksam gestärkt wird.

α Niedrige Hürden zur Abfassung einer Patientenverfügung

Im einzelnen werden die niedrigen Hürden des Gesetzgebers zur Abfassung einer Patientenverfügung genannt. Diese bestehen in der fehlenden Beratungspflicht und in der fehlenden Reichweitenbegrenzung. Aber bereits hier wird zwar die fehlende Beratungspflicht als Ausdruck der Selbstbestimmung anerkannt; gleichzeitig wird aber auch die Gefahr dieser Regelung thematisiert und angeführt, daß wenigstens ein verpflichtendes Beratungsangebot mit dem Gesetz hätte geschaffen werden müssen. So der Tübinger Medizinethiker Wiesing, wenn er schreibt:

„Eine Pflicht zur Beratung würde nach meinem Urteil über das Ziel hinausschießen. Ich sehe keine tragfähigen Gründe, warum man jeden zwingen und damit diejenigen, die sich nicht beraten lassen

wollen, ausnahmslos benachteiligen sollte. Ein verpflichtendes Beratungsangebot hätte jedoch den Vorteil – man verzeihe einen Hinweis auf den schnöden monetären Aspekt –, daß eine Abrechenbarkeit über die gesetzlichen Krankenkassen möglich würde und damit die Wahrscheinlichkeit, daß eine Beratung tatsächlich stattfinden wird. Diese sollte nicht „zwischen Tür und Angel“ geschehen; eine Beratung braucht Zeit, und es ist nur verständlich, daß Ärzte diese entlohnt wissen wollen. Kurzum: Eine gesetzlich verankerte Unterstützung zur Stärkung der autonomen Entscheidung wäre vorteilhaft.“ [WIESING (2012), S. 90]

Der fehlende Beratungszwang wird von den Ärzten also nicht deshalb als Stärke des Gesetzes gewürdigt, weil sich damit effektiv inhaltlich mehr Patientenautonomie herstellen ließe; sondern es wird als Stärke des Gesetzes gewertet, daß formal aus Artikel 2 des Grundgesetzes die Schlußfolgerungen gezogen werden können, die der Gesetzgeber gezogen hat: Verzicht auf die Aufklärungspflicht aufgrund der Priorisierung des Selbstbestimmungsgedankens.

Analog dazu verhalte es sich mit der fehlenden Reichweitenbegrenzung:

„Der Gesetzgeber hat nur entschieden, daß er eine Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung nicht verbieten will (vermutlich nicht verbieten kann, weil das nicht im Einklang mit anderen rechtlichen Vorgaben steht). [...] Durch das jetzige Gesetz ist nur gesagt, daß eine Patientenverfügung nicht nur für den unmittelbaren Sterbeprozess gilt, sondern für alle Phasen des Lebens gelten kann, in denen sich ein Patient nicht mehr äußern kann. Reichweitenbegrenzungen sind damit nicht ausgeschlossen, sondern nur der Zwang zur Reichweitenbegrenzung. Das bedeutet: Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung zu verfassen, jeder darf eine Reichweitenbegrenzung einbauen, muß es aber nicht.“ [WIESING (2012), S. 89]

Über die sich aus der gesetzlichen Regelung tatsächlich ergebenden Schwierigkeiten für eine wirksame Stärkung der Patientenautonomie wird weiter unten zu sprechen sein.

β Verfahrensrechtliche Anweisungen

Zur formalen Stärkung Patientenautonomie im Sinne eines Schutzes derselben werden weiter die verfahrensrechtlichen Anweisungen gezählt. Hier ist es das dialogische Prinzip, welches helfen soll, eine situativ angemessene Anwendung des Patientenwillens zuwege zu bringen. Dies geschehe einerseits mit der Aufwertung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten und andererseits

mit einem eigenen Prüfauftrag des Patientenwillens durch den Arzt. Hierdurch soll vermieden werden, daß Automatismen im Umgang mit der Patientenverfügung Raum greifen:

„[Das Gesetz] will zudem Automatismen verhindern, die den situativen Willen des Patienten mißachten. Ich werte das als eine geschickte Antwort auf unvermeidliche strukturelle Schwierigkeiten, und will das begründen: Eine Patientenverfügung kann naturgemäß die Komplexität und die Kontingenzen der Situation, in der sie Wirkung entfalten soll, nicht alle einbeziehen. Und die Frage, ob eine Patientenverfügung auf eine bestimmte Situation zutrifft, kann eine Patientenverfügung niemals selbst beantworten. Dies zu entscheiden ist ein Urteil. Stets ist die Frage zu stellen, inwieweit der Patient in der konkreten Situation unter die von ihm selbst aufgestellte Regel fällt oder nicht. Selbst klare Vorgaben einer Patientenverfügung bedürfen einer Vermittlung, um auf den einzelnen Fall angewandt zu werden. Es bedarf stets der Urteilkraft, genauer: der subsumierenden Urteilkraft. Das ist unweigerlich, so nicht nur bei schlechten Patientenverfügungen – bei denen ist es nur komplizierter, wenn nicht gar unmöglich. [...] Wenn es strukturell bedingt eines Aktes der Urteilkraft bedarf, dann wird dieser durch das neue Gesetz auf mehrere Schultern verteilt. Hoffentlich ist darunter eine Schulter, die mit dem Willen des Patienten so vertraut ist, daß sie ihn situationsgerecht artikulieren kann. Damit [...] soll die Irrtumswahrscheinlichkeit bezüglich des authentischen, situationsbezogenen Patientenwillens gesenkt werden. [...] Kurzum: Das dialogische Prinzip des neuen Gesetzes kann die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß der Wille des Patienten angemessen und situationsgerecht zur Geltung kommt.“ [WIESING (2012), S. 86f]

(3) Die Schutzfunktion des Gesetzes

Nach Destillation der Beiträge finden sich acht Stellungnahmen (rund 2% aller Aussagen), in denen die Schutzfunktion des Gesetzes thematisiert wird. Diese Schutzfunktion komme dem Gesetz auf zweierlei Weise zu: nämlich einmal im *Schutz der Freiheitsrechte des Patienten*, zum anderen im *Schutz der Angehörigen*. Interessanterweise ist auch hier wieder – wie im vorherigen Unterpunkt – die Fraktion der akademisch tätigen Ärzte stark vertreten (sechs Aussagen).

α Der Schutz der Freiheitsrechte des Patienten

Das Gesetz sieht die Möglichkeit des formlosen Widerrufs vor. Diese Möglichkeit soll dem Patienten die Freiheit geben, seine Meinung jederzeit – insbesondere unter dem Eindruck einer neuen Situation – zu ändern.

Auch wird mit dem Gesetz jedem Patienten die Freiheit zugesprochen, für sich zu entscheiden, ob er eine Patientenverfügung abfassen möchte oder nicht.

„Daß das Gesetz medizinischen und pflegerischen Einrichtungen verbietet, die Abfassung einer Patientenverfügung zu verlangen, [...] entbindet von Zwang: Jeder Bürger darf, keiner muß. Hier nimmt das Gesetz eine Freiheitsbeschränkung der Institutionen zugunsten der Freiheit des Patienten vor.“ [WIESING (2012), S. 87]

Zusammenfassend wird – bezeichnenderweise wieder von einem Akademiker – der Vorteil des Gesetzes darin gesehen, daß

„das Gesetz [...] vor allem dem Patienten in seiner Ausübung von Freiheit im Zustand der fehlenden Äußerungsfähigkeit schützt. In dieser Situation soll nicht einfach die faktische Macht zum Tragen kommen in dem Sinne, daß der Stärkere – meist der Arzt – entscheiden möge. Stattdessen schränkt ein geregeltes Vorgehen die Freiheit verschiedener Akteure ein. Der Handlungsspielraum vor allem der Behandelnden wird geklärt und begrenzt“ [WIESING (2012), S. 86].

Lediglich eine Freiheitsbeschränkung des autonomen Patienten sehe das Gesetz in Bezug auf die formale Abfassung vor. Insofern es die Schriftlichkeit der Patientenverfügung verlangt, wolle das Gesetz eine voreilige oder unbedachte Freiheitsausübung mit fehlender Authentizität verhindern.

β Der Schutz der Angehörigen

Zu den Vorzügen des Gesetzes findet sich eine (einzige) Aussage, die in der gesetzlichen Regelung einen Schutz der Angehörigen sieht:

„Er [der Arzt, Anm. d. A.] hat in eigener Verantwortung die Indikation für die infrage kommende ärztliche Maßnahme zu prüfen. Die Bedeutung dieser Aufgabe wird von Ärzten oft unterschätzt. Das ist

bedauerlich, denn Entscheidungen auf der Grundlage der ärztlichen Indikation können Schuldgefühle und das Risiko von pathologischen Trauerverläufen bei den Angehörigen mindern.“ [BORASIO (2011), S. 28].

Wir werden unter dem Punkt „Stärken der Patientenverfügung“ sehen, daß aber nicht nur die Indikationsstellung durch den Arzt, sondern der Patientenverfügung als solcher eine entlastende Funktion der Angehörigen zugesprochen wird. Auch das wird jedoch nicht ohne Widerrede bleiben. Die Frage darf daher schon an dieser Stelle gestellt werden, ob – im Gesamturteil der Diskutanten – die Patientenverfügung eher als eine Be- denn als Entlastung der Angehörigen verstanden werden muß.

(4) Hilfreiches Konzept des mutmaßlichen Willens

Als letztes Thema zu „Stärken des Patientenverfügungsgesetzes“ konnte (mit drei Aussagen) das Konzept des mutmaßlichen Willens identifiziert werden. Dieses wird ausschließlich positiv gesehen; beispielhaft hierfür die Interviewstudie von Schaidler:

„Die meisten Studienteilnehmer hielten das Konzept des mutmaßlichen Willens für sehr hilfreich.“
[SCHAIDER et al. (2013), S. 1]

Im Verhältnis aller analysierten Aussagen sind die Aussagen zu den Stärken des Patientenverfügungsgesetzes der Zahl nach als marginal anzusehen (rund 8%). Ganz klar ist unter den Stärken des Gesetzes aus Ansicht der Ärzte der Gewinn an Rechtssicherheit. Dies darf sich der Gesetzgeber sicher als Erfolg zurechnen.

(b) Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes

Der Punkt „Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes“ nimmt mit rund 22% aller analysierten Aussagen einen – zumindest mengenmäßig – größeren Anteil ein als der Punkt „Stärken des Patientenverfügungsgesetzes“. Nun sind die Zahlen das eine – was aber läßt sich

über die Inhalte sagen? Grob gesagt, sind es sechs Kategorien, in welche sich die Stellungnahmen einteilen lassen, die im einzelnen nun vorgestellt werden.

(1) Einseitigkeit des Patientenverfügungsgesetzes

Ein Problem des Gesetzes ist nach Meinung der Ärzte die einseitige Thematisierung der Aspekte Rechtssicherheit und Reichweitenbegrenzung im Kontext der passiven Sterbehilfe. Sicherlich hat zu diesem Umstand die Tatsache beigetragen, daß es in der Diskussion vor der Gesetzesverabschiedung überwiegend Stellungnahmen gegeben hat, in denen wenigstens einer der beiden Aspekte erörtert wurde.

Für das Gesetz selbst bedeute diese thematische Engführung jedoch in der Folge eine *unzureichende Klärung auf dem Gebiet der praktischen Umsetzung*.

Namentlich wurde in der Diskussion nach der Gesetzesverabschiedung die Frage gestellt, ob auch der Arzt Adressat der Patientenverfügung sei oder nur der Betreuer/Bevollmächtigte. Diese Frage wurde letztlich vom Gesetzgeber selbst mit dem sogenannten „Patientenrechtegesetz“ geklärt (siehe Kapitel 2.9).

Sind darüber hinaus aber auch dritte – vom Gesetzgeber nicht eigens genannte – Personen, wie z.B. nichtärztliche Mitarbeiter in der Pflege oder Rettungsmedizin, Adressaten der Patientenverfügung?

„Häufig hat nichtärztliches Personal die Indikation für die Einleitung lebensrettender Behandlungsmaßnahmen zu stellen: Nicht ausreichend – jedenfalls nicht abschließend – geregelt ist auch der Adressat einer Patientenverfügung. Im Patientenverfügungsgesetz ist nur vom ‚Arzt‘ die Rede, dessen Stellung durch den Auftrag, die medizinische Indikation zu beurteilen und unter Berücksichtigung des verfügbaren oder mutmaßlichen Willens mit dem Vertreter zu diskutieren, zusätzlich bekräftigt wird. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, daß es häufig nichtärztliches Personal ist, sowohl der Pflege (gerade in Institutionen wie Krankenhaus oder Altenheim) als auch des Rettungsdienstes, welches neben einer (Verdachts-)Diagnose auch die Indikation für die Einleitung mancher lebensrettender Behandlungsmaßnahmen zu stellen hat und ggf. vor dem Eintreffen des Arztes damit beginnen muß. Gerade die (Nicht-)Einwilligung in diese Maßnahmen, namentlich den

Reanimationsversuch, ist jedoch fast regelmäßig Gegenstand von Patientenverfügungen.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 453]

Auch der vom Gesetzgeber eigens genannte und selbstverständlich erscheinende Begriff der medizinischen Indikation, welche zu stellen dem Arzt vorbehalten ist, berge mehr Unsicherheit als zunächst vermutet. Denn zum einen werde mit dem Begriff der medizinischen Indikation eine Fremdbestimmung über den Patienten möglich (worüber weiter unten zu sprechen sein wird); zum anderen lasse das Gesetz es offen, wie ein Dissens über die Indikation gelöst wird:

„Indikationen lassen sich zumeist nicht mit mathematischer Präzision stellen. Die Indikation stellt jedoch allein der Arzt. Was passiert aber, wenn der Betreuer/Bevollmächtigte oder Angehörige die Indikation infrage stellen? Das Gesetz läßt es offen, ob eine zweite Meinung eingeholt werden soll.“ [BORASIO et al. (2009): A 1957]

Ein weiterer Kritikpunkt, wo der Gesetzestext die nötige Konkretheit vermissen läßt, ist der Umstand, daß

„das Gesetz für den mutmaßlichen Willen ‚konkrete Anhaltspunkte‘ verlangt und eine vage, unabgeschlossene Beispielliste [in § 1901a Abs. 2, S. 3 BGB] aufführt“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 3].

Aber auch zu einem weiteren Problemfeld, das in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gesetz steht, werde vom Gesetzgeber keine Lösung angeboten. Es handelt sich dabei um die Frage, wie mit dem natürlichen Willen eines entscheidungsunfähigen Patienten umgegangen werden soll, der dem in der Patientenverfügung formulierten Willen widerspricht.

„Das Gesetz liefert keinen Anhalt zur Lösung dieses Konfliktes [zwischen Patientenverfügung und dem aktuellen ‚natürlichen‘ Willen].“ [JOX et al. (2014): A 394f]

Es handelt sich insbesondere um das Problem des Umganges mit der Patientenverfügung bei Demenz. Wie sei zu verfahren, wenn die Patientenverfügung für den Fall der Demenz eine Therapiebegrenzung fordert, der Patient aber Lebensfreude signalisiert? Auch hier sei nach dem

Medizinethiker Jox der Gesetzgeber gefordert, für diese Konfliktfälle eine rechtliche Lösung der Situationsanwendung der Patientenverfügung zu erarbeiten.²⁷¹

(2) Die Nicht-Entbehrlichkeit des gesetzlichen Vertreters

Rund 6% der Aussagen zu Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes behandeln dieses prinzipielle Problem der Patientenverfügung, nämlich die im Gesetz festgelegte obligatorische Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters:

„Eine wirksame, den jeweiligen Sachverhalt erfassende Patientenverfügung macht zwar die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, nicht aber dessen Mitwirkung an sich entbehrlich. An dieser Stelle wäre es wünschenswert, wenn der Gesetzgeber durch eine eindeutige Regelung eine größere Rechtssicherheit schaffen könnte.“ [GRÖZINGER et al. (2011), S. 59]

Hierdurch komme es für die Ärzte und für die Organe des Betreuungswesens zu einem Mehraufwand.

Aber nicht nur eine Mehrbelastung aller Beteiligten stellt ein Problem dar. Im Falle eines Dissenses über den Patientenwillen zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und Arzt komme es zu Verzögerungen:

„Die im Gesetz zwingend vorgesehene Beteiligung des Betreuers sowie das im Streitfall notwendige Gerichtsverfahren sind rechtsstaatlich unerlässlich, aber verzögernd.“ [GRÖZINGER et al. (2011), S. 64]

Für den Fall einer Beteiligung des Gerichtes könne die betreuungsgerichtliche Entscheidung wegen einzuhaltender Einspruchsfristen (zwei Wochen) aber nur verzögert umgesetzt werden:

„Es gibt gerade in Kliniken, z.B. auf Intensivstationen, viele zeitkritische Konstellationen, in denen zwei Wochen einen zu langen Zeitraum darstellen. Durch Verlauf einer Krankheit oder nicht verschiebbare Entscheidungsschritte kann sich in dieser Zeitspanne eine schwierige Lage für die Verantwortlichen ergeben. Weil der Erhalt des Lebens mit allen Mitteln die einzige Möglichkeit bleibt, die Chance zu wahren, daß ein Einspruch zugunsten des Überlebens überhaupt wirksam werden kann,

²⁷¹ Vgl. JOX et al. (2014): A 396

wird das dazu führen, daß Menschen therapiert werden, denen es nicht hilft und die es möglicherweise auch nicht gewollt haben.“ [SALOMON (2010), S. 184]

Ob sich letztlich eine Beschleunigung (siehe oben bei Punkt „Verfahrensrechtliche Klärungen“) oder eine Verzögerung von Behandlungsentscheidungen aus der gesetzlichen Regelung ergibt, kann allein unter Zuhilfenahme des Analysematerials nicht entschieden werden.

(3) Gefahr durch fehlende Reichweitenbegrenzung

Im Prinzip lassen sich bei den ärztlichen Stellungnahmen, die die fehlende Reichweitenbegrenzung kritisch sehen (rund 9% aller Aussagen zu Schwächen des Gesetzes), zwei Themenkreise identifizieren.

α Mögliche Selbstschädigung

Erstens die Gefahr der *Selbstschädigung*. Dies meint, daß ein Patient unvernünftige Festlegungen in der Patientenverfügung trifft, deren Opfer er dann später im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit wird. Beispielhaft hierfür ist folgende Aussage:

„Die eigentliche Problematik hinter der Reichweitenbegrenzung, die Problematik einer unvernünftigen Patientenverfügung insbesondere in jungen Jahren für behandelbare Zustände, ist dadurch [durch den fehlenden Zwang zur Reichweitenbegrenzung, Anm. d. A.] nicht gelöst. [...] Der Gesetzgeber hat damit die Frage nach dem Verhältnis von Lebensschutz und Selbstbestimmung in die Entscheidung des Individuums gelegt. Der Konflikt zwischen beiden bleibt jedoch bestehen.“ [WIESING (2012), S. 89]

Das Problem der unvernünftigen Patientenverfügung hänge untrennbar mit der grundsätzlichen Schwierigkeit zusammen, für die Zukunft bindende Anweisungen zu formulieren:

„Die Besonderheiten des Einzelfalles, wie beispielsweise unterschiedlich hohe Prognosesicherheit sowie verschiedene, gegebenenfalls auch neue und in der Verfügung noch nicht bedachte Therapieoptionen, erfordern gerade eine gewisse Offenheit, die selbst eine sehr ausdifferenzierte Regelung nicht erfassen kann.“ [FRIEDRICH (2013), S. 312]

Die Abfassung einer Patientenverfügung setze damit eine Risikobereitschaft des Verfassers voraus, nämlich aufgrund des Risikos, eine möglicherweise erfolgreiche Behandlung auszuschließen:

„Da die Patientenverfügung eine schriftliche Festlegung für die Zukunft darstellt, die über Tod und Leben entscheiden kann, ist sie freilich mit einem hohen Risiko verbunden und verlangt von dem Verfasser entsprechende Risikobereitschaft und Verantwortungsübernahme.“ [JOX (2012a), S. 133]

β Mögliche Fremdschädigung

Eine zweite Gefahr wird in einer möglichen *Fremdschädigung* gesehen. Hier fällt nun das Stichwort „Euthanasie“. Auffällig ist, daß nur ein einziger Autor (im Rahmen eines Leserbriefes) diesen Begriff in die Diskussion um das neue Gesetz einführt, zumal er in der die Gesetzgebung begleitenden Debatte häufiger vorgebracht wurde:²⁷²

„Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes (Stünker-Entwurf) ist keine 65 Jahre nach Ende des Dritten Reiches ein neues Euthanasiegesetz kreiert worden, das den Ärzten vorschreibt, auch in nicht aussichtslosen Fällen lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen, wenn eine entsprechend lautende Patientenverfügung vorliegt.“ [EISING (2009)]

Weiter wird davor gewarnt, daß es in Zukunft solche Krankenhäuser geben könnte, die eine derart intendierte Patientenverfügung – quasi automatisch – umsetzen, und solche, die sich dem Lebensschutz verpflichtet wissen:

„Vielleicht gibt es künftig wenige A-Krankenhäuser, in denen die Ethik der Lebenserhaltung noch etwas zählt, und B-Krankenhäuser, in denen man mit der gesetzlich erwünschten Tötung durch passive Euthanasie weniger zimperlich ist...“ [EISING (2009)]

Das Beispiel zeigt, daß der Autor in seiner Argumentation vor einer „schiefen Ebene“ warnt, die er durch das Patientenverfügungsgesetz beschritten sieht, und geht damit argumentativ schon einige Schritte weiter. Er markiert nämlich mit dem Begriff der Euthanasie den auch von Ärzten

²⁷² HAHNEN (2010), S. 21.

bereits befürchteten „Übergang von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen“²⁷³, für den die Patientenverfügung das Vehikel darstellt.

(4) Nur nominelle, nicht faktische Stärkung der Patientenautonomie

Kein Kritikpunkt an dem neuen Gesetz nimmt unter den Aussagen der Ärzte mehr Raum ein. Mit insgesamt 63 Stellungnahmen vereinigt er auf sich rund 58% aller kritischen Einschätzungen das neue Gesetz betreffend. Im Verhältnis zu allen analysierten Aussagen sind es immerhin noch rund 13%.

Sehr gut zusammengefaßt kommt diese Kritik bei WIESING (2012), S. 90 zum Ausdruck:

„Das Gesetz respektiert zwar die Selbstbestimmung, es trägt aber nicht dazu bei, diese Eigenschaft zu stärken.“

Wie aber scheitert laut Ärzteschaft der Gesetzgeber – zumindest formell – an seinem selbstgesteckten Ziel?

Ganz allgemein wird – so bei in der Schmitt und dem Gesetzgeber vorgeworfen, daß er es beispielsweise versäumt habe, eine aktive Bewerbung von Patientenverfügungen durch Ärzte oder auch andere Institutionen zu unterstützen. Auch habe er keine strukturellen Maßnahmen angeregt, damit Patientenverfügungen häufiger den betreffenden Entscheidungsträgern vorlägen. Schaut man sich das Gros der Beiträge von in der Schmitt und ebenso Marckmann zum Thema Patientenverfügung an, so läßt sich diese Kritik am Gesetz möglicherweise auch verstehen als Aufforderung an die Politik, das von ihnen selbst beworbene Instrument des *Advance Care Planning* mehr zu berücksichtigen.

²⁷³ ODUNCU/HOHENDORF (2011): A 1364.

Konkret lassen sich mehrere Kritikpunkte anführen:

α Fehlende Beratungspflicht

Die fehlende Beratungspflicht des Patienten stellt dem Umfang nach den Schwerpunkt der Kritik am neuen Gesetz dar, denn – so der Erlanger Medizinethiker –

„der Verzicht auf eine gesetzliche Aufklärungspflicht ist nicht gleichbedeutend mit Unnötigkeit der Aufklärung. [...] Es wäre ein Fehlschluß, aus dem Verzicht auf eine Aufklärungspflicht als zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung eine Irrelevanz für die Praxis der Abfassung und Interpretation abzuleiten“ [FRIEDRICH (2013), S. 315f].

Grundsätzlich wird von allen beteiligten Diskutanten die Wichtigkeit einer Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung betont, zumal

„im Vergleich zu einfachen akutmedizinischen Einwilligungen nicht – wie bisher – geringere, sondern eher höhere Anforderungen an das Aufklärungsniveau zu stellen sind, weil die Patientenverfügung komplizierte, nämlich künftige hypothetische und ggf. folgenreiche Behandlungsentscheidungen zu regeln versucht, mit Blick auf mögliche, risikobehaftete gesundheitliche Krisen oder Verläufe, von denen die meisten Laien bisher keine nähere Vorstellung haben“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 466].

Mit der fehlenden Beratungspflicht schwäche der Gesetzgeber de facto das Instrument der Patientenverfügung substantiell, insofern nämlich durch die mangelnde „Scharfstellung“ der Patientenverfügung eine Minderung der Selbstbestimmung zu erwarten sei:

„Die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts bezüglich der Aufklärung führt demnach nicht zur Verwirkung des Selbstbestimmungsrechtes über ärztliche Maßnahmen – sie kann jedoch zur Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit führen.“ [FRIEDRICH (2013), S. 315]

α1) Fehlende konkrete Regelungen zur Beratung

Denn Autonomie basiere – so ein weiteres Argument – auf der Informiertheit einer Person. Es sei daher zu kritisieren, daß der Gesetzgeber *keine konkreten Regelungen über die Art der Beratung* formuliert habe. Denn es werde nicht differenziert zwischen einer ärztlichen und nicht-

ärztlichen Beratung beispielsweise durch Juristen. Die Fragen, um die es sich inhaltlich bei der Patientenverfügung drehe, seien aber nicht juristischer, sondern medizinischer Art:

„Zwar hat die Patientenverfügung juristische Konsequenzen wie jede andere Willensäußerung unserer Patienten auch, doch berate ich ihn nicht juristisch, sondern lediglich medizinisch: ‚Antibiotikum ja oder nein am Lebensende‘ ist eine medizinische, nicht juristische Fragestellung. Die Patienten benötigen Hilfestellung und Erklärung bei ‚den Kreuzen‘, also ob Ja oder Nein bei bestimmten Maßnahmen. Hier erwarten sie medizinische Beratung, nicht juristische; es fehlt den Patienten an Kenntnissen, welche gesundheitlichen Folgen aus ihrer Entscheidung resultieren.“ Jürgen Herbers (Teilnehmer an allgemeinmedizinischem Listserver) [Aus: EGIDI et al. (2012), S. 90].

Auch eine nicht-ärztliche Beratung durch Laienorganisationen wird dem Anspruch der Patientenverfügung nicht gerecht:

„Das Gesetz sieht keine Pflicht zur Beratung vor. Eine Patientenverfügung ist die Anweisung eines Patienten an seinen künftigen Arzt, sie betrifft per definitionem medizinische Entscheidungen. Wäre eine ärztliche Beratung nicht in höchstem Maß sinnvoll? Im Gesetzgebungsverfahren wurde betont, daß auch Laienorganisationen kompetent beraten könnten. Man muß jedoch differenzieren: Vertreter nicht-ärztlicher Berufe können durchaus mit Patienten über deren Werthaltungen und Lebenseinstellungen sprechen – über die eigentlichen medizinischen Details können sie hingegen nicht beraten. Die medizinischen Sachverhalte einzubeziehen, ist jedoch unverzichtbar, insbesondere wenn Krankheitsverläufe absehbar sind.“ [BORASIO et al. (2009): A 1957]

Die Autoren Schöffner und Sahm, die viel Praxiserfahrung in regelmäßigen Beratungsseminaren zur Patientenverfügung sammeln konnten, fassen den Aspekt der fehlenden ärztlichen Beratung zusammen:

„Die Erfahrung bei der Gestaltung unserer Seminare und die Ergebnisse der systematischen Befragungen bestätigen zum einen die bereits in anderen empirischen Untersuchungen schon belegte Überforderung von Personen, Entscheidungen über lebensnotwendige Behandlungen im voraus alleine treffen zu müssen. Ohne ärztliche Beratung ist es Laien meist nicht sinnvoll möglich, eine Patientenverfügung zu verfassen.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 490]

Gerade mit Blick auf die fehlende Reichweitenbeschränkung und die Problematik der unvernünftigen Patientenverfügung birgt ein zusätzlicher Verzicht auf eine verpflichtende

ärztliche Beratung – mögen sie auch beide im Selbstbestimmungsrecht des Patienten begründet sein – ein nicht unerhebliches Gefahrenpotential.

„Bisher zu wenig beachtet wurde die Validität von Vorausverfügungen im Sinne der Dokumentation einer ärztlichen Beratung. Da die Dokumentation eines Prozesses des Erklärens und Verstehens grundsätzlich als Bedingung für wirksame Einwilligungen in medizinische Behandlungen anerkannt ist (‘informed consent’) erscheint es aus ethischer Sicht fragwürdig und für die betroffenen Patienten riskant (obgleich gemäß Patientenverfügungsgesetz rechtlich zulässig), Vorausverfügungen auch dann als bindend anzusehen, wenn sie nicht erkennen lassen, ob diese Bedingung bei ihrer Abfassung eingehalten worden ist.“ [SOMMER et al. (2012): A 581]

α2) Erschwerte Auslegung

Die faktische Minderung der Selbstbestimmung, die aus der fehlenden Beratungspflicht resultiert, zeigt sich noch auf einem anderen Gebiet: die *fehlende Beratung erschwere möglicherweise die Auslegung* – und damit die vom Patienten beabsichtigte Anwendung – der Verfügung.

Denn mittels einer vorausgehenden Beratung bei Abfassung der Patientenverfügung könnten spätere Auslegungskonflikte vermieden werden. Für eine ärztliche Beratung spreche weiter, daß der Arzt mit seiner Unterschrift unter die Patientenverfügung gleichzeitig die Einwilligungsfähigkeit attestieren könnte.

α3) Fehlende Bezahlung

Als letzter – aber zahlenmäßig nicht unerheblicher (n = 8) – Kritikpunkt wird die *fehlende Bezahlung der ärztlichen Beratung* thematisiert. Der Tenor der Aussagen ist der, daß die Beratung eine ärztliche Leistung sei, die viel Arbeit mache und in keinem Leistungskatalog der Krankenkassen (privat oder gesetzlich) abgebildet werde. Dem Wunsch der meisten Diskutanten folgend, empfiehlt WIESING (2012), S. 90 daher dem Gesetzgeber, ein verpflichtendes Beratungsangebot einzuführen:

„Ein verpflichtendes Beratungsangebot hätte [...] den Vorteil – man verzeihe einen Hinweis auf den schnöden monetären Aspekt –, daß eine Abrechenbarkeit über die gesetzlichen Krankenkassen möglich würde und damit die Wahrscheinlichkeit, daß eine Beratung tatsächlich stattfinden wird. Diese sollte

nicht „zwischen Tür und Angel“ geschehen; eine Beratung braucht Zeit, und es ist nur verständlich, daß Ärzte diese entlohnt wissen wollen. Kurzum: Eine gesetzlich verankerte Unterstützung zur Stärkung der autonomen Entscheidung wäre vorteilhaft.“

β Fehlende Aktualisierungspflicht

Neben dem Verzicht auf eine ärztliche Beratungspflicht wiegt in vier Stellungnahmen der Verzicht auf eine Aktualisierungspflicht schwer:

„Es wird sich erweisen müssen, ob dieses Gesetz, das auf eine verpflichtende ärztliche Beratung – und damit auf einen Beratungsanspruch – ebenso verzichtet wie auf eine Aktualisierungspflicht, nicht mehr Fragen aufwirft als beantwortet.“ [DORSEL (2010), S. 10].

Denn die zeitliche Latenz zwischen Willensäußerung und klinisch relevanter Entscheidungssituation führe zu einer Ungewißheit der Aktualität der antizipierten Entscheidung:

„Da keine regelmäßige Aktualisierung der Unterschrift und somit Bestätigung des weiter bestehenden Willens verlangt wird, kann es im Einzelfall wie bisher zu der Frage kommen, ob eine vor langer Zeit erstellte Verfügung immer noch vom Patienten so gemeint ist, wenn sie auch formal noch gilt. Denn sowohl veränderte persönliche Umstände als auch neu entwickelte medizinische Möglichkeiten mit vielleicht verbesserter Prognose könnten ja die früher gefaßte Meinung ändern.“ [SALOMON (2010), S. 186].

Auch auf diesem Wege folge wiederum eine faktische Minderung der Selbstbestimmung:

„Die zeitliche Latenz zwischen Willensäußerung und klinisch relevanter Entscheidungssituation kann zu einer Insuffizienz der Vorausverfügung führen, so daß möglicherweise Abschwächungen der Bindungsstärke erwogen werden müssen.“ [FRIEDRICH (2013), S. 314]

(5) Gefahr der Fremdbestimmung

Insgesamt 15 Aussagen beschäftigen sich mit dem Thema der möglichen Fremdbestimmung des Patienten durch das Gesetz. War doch die eigentliche Stoßrichtung des Gesetzgebers die

Stärkung der Patientenautonomie, so sehen rund 14% aller kritischen Beiträge (oder rund 3% aller Aussagen) durch das Gesetz eher das mögliche Gegenteil davon realisiert.

Auf drei Weisen ist nun eine Fremdbestimmung denkbar:

α Fremdbestimmung durch Rekurs auf den mutmaßlichen Willen

Eine Möglichkeit, wie sich die Selbstbestimmung in Fremdbestimmung verkehren kann, stellt das Konstrukt des mutmaßlichen Willens dar. Im Gegensatz zu Jox und Schaidler – beide aus dem Hause des Münchener Medizinethikers Marckmann stammend –, die das Konzept des mutmaßlichen Willens als Erfolg begreifen (siehe unten), sieht einzig Bauer – ebenfalls ein Medizinethiker – die Mißbrauchsgefahr:

„Da schätzungsweise rund 85 Prozent der Deutschen bislang keine Patientenverfügung abgefaßt haben und da die vorhandenen Patientenverfügungen längst nicht alle den konkret eintretenden Fall korrekt antizipieren, bedeutet dies in der Realität, daß in etwa 85 Prozent der Fälle von Betreuern und Bevollmächtigten nach dem lediglich *gemutmaßten* Willen des Betroffenen entschieden werden muß, also nach dem unstreitig schwächsten Surrogat für eine selbstbestimmte Handlungsweise, und zwar im Falle eines Konsenses zwischen Betreuer oder Bevollmächtigtem und Arzt ohne gerichtliche Kontrolle (§ 1904 Abs. 4 BGB). Somit wurde statt der erhofften Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten in Wahrheit der Fremdbestimmung über nicht mehr einwilligungsfähige Menschen Tür und Tor geöffnet.“ [BAUER (2011), S. 520]

β Fremdbestimmung durch Angehörige

Ein weiteres Einfallstor für eine Fremdbestimmung seien die Angehörigen (respektive auch die nichtverwandten rechtlichen Vertreter):

„Laut EURELD-Studie wurde nur in einem Bruchteil der Fälle die Entscheidungen [über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen] zuvor mit den Patienten besprochen [...], so daß die Angehörigen stellvertretend in die Diskussion einbezogen werden müssen [...]. Die Stellvertreter kennen aber die Wünsche der Patienten häufig nicht oder nur ungenau, da zuvor nicht über die Fragen der Behandlung und Betreuung am Lebensende gesprochen wurde. Im Zweifelsfall werden lebensverlängernde Maßnahmen meist fortgesetzt, manchmal möglicherweise auch stillschweigend unterlassen – in beiden Fällen drohen unerwünschte Über- bzw. Untertherapie und Fremdbestimmung.“ [MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 217]

Bauer spricht daher in diesem Rahmen etwas drastisch von Ärzten als

„Erfüllungsgehilfen der Angehörigen“ [BAUER (2009a)].

Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, daß Sahm bereits 2005 in einer Umfrage²⁷⁴ unter Patienten, Ärzten, Krankenschwestern und einer Kontrollgruppe aus der Bevölkerung herausfand, daß 50% der Gesunden und Krankenschwestern und sogar 64% der Ärzte einen Missbrauch durch Angehörige befürchteten.

y Fremdbestimmung durch den Begriff der medizinischen Indikation

Dieser Komplex ist mit sieben Wortmeldungen der umfangreichste und sowohl durch den Tübinger Medizinethiker Wiesing als auch den Intensivmediziner Salomon vertreten. Kristallisationspunkt der Kritik stellt die Tatsache dar, daß der selbstverständlich erscheinende (quasi objektive) Begriff der medizinischen Indikation mehr Unwägbarkeiten birgt als oft vermutet. Denn einerseits sei die Diagnose einer Erkrankung und in noch stärkerem Maße die Prognose mit Unsicherheiten verknüpft. Andererseits kann eine Maßnahme aus ärztlicher Sicht nie vom Aspekt des Nutzens für den Patienten losgelöst werden, denn die Zielgröße der medizinischen Indikation ist ja nicht die Machbarkeit eines Eingriffes, sondern der Nutzen für den Kranken. Damit ist das Urteil subjektiv und relativ. Mit den Regelungen zur Indikation drohe daher, wie Wiesing pointiert schreibt,

„eine ethische Entscheidung unter dem Mantel vermeintlicher Wissenschaft verdeckt zu werden: ein medizinistisch verbrämter Übergriff auf die Freiheit des Individuums, nach eigenen Wertvorstellungen zu handeln, ob das Risiko einer wenig erfolgversprechenden Behandlung eingegangen werden soll“ [WIESING (2012), S. 94].

²⁷⁴ SAHM et al. (2005).

Aber auch aus dem bloßen Fakt, daß laut Gesetz für die Indikation allein der Arzt zuständig ist, ließe sich eine – zumindest für Wiesing – schwer zu ertragende Fremdbestimmung vorstellen:

„Die bedeutendste Konsequenz wäre eine legitime Verweigerung einer Therapie ärztlicherseits, wenn der Arzt feststellt, sie sei nicht indiziert. Ausschließlich aufgrund seiner Fachkenntnisse darf ein Arzt, egal welche individuellen Präferenzen ein Patient auch besitzen möge, eine Therapie verweigern, sofern sie nach seinem Urteil nicht ‚indiziert‘ ist.“ [WIESING (2012), S. 91f]

Argumentativ schwer zu folgen ist dem Autor jedoch, wenn er dafür plädiert, daß nicht allein der Arzt die Indikation stellt, sondern die Entscheidung transparent – was immer das auch heißen mag – getroffen wird, denn

„alles andere wäre eine vorgetäuschte wissenschaftliche Scheinsicherheit“ [WIESING (2012), S. 93].

Der Autor überspannt hier jedoch m.E. den Bogen: wer sollte denn sonst über die Indikation urteilen, wenn nicht der Arzt? Die implizite Ablehnung des Spezialistentums muß sich als Ideologie an dieser Stelle denselben Vorwurf der vorgetäuschten Wissenschaftlichkeit gefallen lassen.

Realistischer ist da Salomon. Er schlägt für den Fall, daß der Angehörige (respektive der gesetzliche Vertreter) bezüglich der gestellten Indikation anderer Auffassung ist, vor, ein Ethikkonsil anzuregen.

(6) Das Patientenverfügungsgesetz in der Psychiatrie

Bereits in der Erhebung des Analysematerials überraschte die große Relevanz der Patientenverfügung für den Bereich der Psychiatrie. Möglicherweise mag es auch dem Gesetzgeber so ergangen sein, denn – darin sind sich alle sieben Aussagen zum Thema einig – die Gesetzesmaterialien konzentrieren sich auf die Thematik der (passiven) Sterbehilfe und bieten für andere Krankheitsbilder – vor allem auch psychische Erkrankungen – wenig verwertbare Auslegungshilfen.

Lediglich eine Aussage – eines Medizinethikers wohlgemerkt – konnte gefunden werden, in welcher dem Gesetz für die Psychiatrie eine positive Rolle zuerkannt wird:

„Mit der neuen gesetzlichen Regelung besteht die Chance, durch rechtzeitige Kommunikation und Ermittlung des selbstbestimmten Willens des Patienten die psychiatrische Versorgung zu verbessern.“
[VOLLMANN (2012), S. 29]

Allerdings ist die Chance, daß sich aus dem Gesetz für die psychiatrische Therapie Vorteile ergeben, als relativ klein anzusehen, wenn man sich die Bedenken vor Augen führt, die zur Anwendung der Patientenverfügung in der Versorgung von psychisch kranken Menschen formuliert werden.

Insbesondere sei es ein großes Problem der Patientenverfügungen, daß der psychiatrische Patient mittels einer wirksamen Patientenverfügung für den Fall einer krisenhaften Situation therapeutische Maßnahmen ablehnen könne. Es komme dann zu der Situation, daß der Patient aufgrund einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung geschlossen untergebracht werden müsse, aber nicht medizinisch behandelt werden dürfe. Zwar sei letztlich nur eine kleine Gruppe von Patienten betroffen, dennoch sei das durch die Aufwertung der Patientenautonomie entstandene Problem des „Einsperrens ohne Therapie“ für die Psychiater nicht akzeptabel:

„Aus psychiatrischer Sicht mag zwar die Rechtssicherheit durch das Gesetz gesteigert worden sein. Dies geschieht jedoch auf Kosten der Patienten: Das Vorenthalten wirksamer indizierter Maßnahmen bei einem untergebrachten psychisch kranken Menschen und langfristige stationäre ‚Nichtbehandlung‘, womöglich mit dauernder Fixierung ist eine kaum erträgliche Situation. [...] Diese Klärung ist sehr dringend und nur von der Rechtsprechung und vom Gesetzgeber zu erwarten.“ [GRÖZINGER et al. (2011), S. 64]

Auf die einzelnen Implikationen zu diesem Thema wird in Kapitel 4.2 („Die Patientenverfügung als Falle“) zu sprechen sein.

c) Diskursanalyse

Einerseits ist generell festzustellen, daß die Ärzte als Folge des Gesetzes eine Zunahme der Rechtssicherheit wahrnehmen. Andererseits zeigen die Argumente, was seitens der Ärzte als Nachteil des Gesetzes gesehen wird. Diese Aussagen sind deutlich in der Mehrheit: nur rund 30% (n = 46) beziehen sich auf seine Stärken, hingegen 70% (n = 108) auf seine Schwächen.

Wenn man einen kurzen Blick hinter die Argumente auf die Argumenteure wirft, so fallen vier Umstände auf (siehe Tabelle):

Codesystem - Einstellungen zum PVG	Alle Beiträge	Diskutant praktisch	Diskutant akademisch	Leserbriefe
STÄRKEN				
Zugewinn an Rechtssicherheit	12	4	8	
Verfahrensrechtliche Klärungen	12	4	8	
(Formale) Stärkung der Patientenautonomie	11	3	8	
Schutzfunktion des Gesetzes	8	2	6	
Hilfreiches Konzept des mutmaßlichen Willens	3		3	
SCHWÄCHEN				
Einseitigkeit des PVG	7	2	5	
Nicht-Entbehrlichkeit des gesetzlichen Vertreters	6	6		
Gefahr durch fehlende Reichweitenbegrenzung	10	5	5	3
Nur nominelle Stärkung der Autonomie	63	19	44	4
Gefahr der Fremdbestimmung	15	2	13	3
PVG in der Psychiatrie	7	5	2	

1. Die besprochenen Stärken des Gesetzes werden eher von den akademisch tätigen Ärzten betont (siehe beispielsweise Schutzfunktion des Gesetzes). Hier ist es besonders der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing, der durch die Nennung von Stärken auffällt. Möglicherweise ist es diese positive Einstellung gegenüber einer gesetzlichen Regelungen wie im Falle des Patientenverfügungsgesetzes, die im Rahmen der Debatte um die Suizidassistentz nahnhaft

(ärztliche) Hochschullehrer zur Lösung des Problems auch jetzt – wie bereits beim Patientenverfügungsgesetz – nach einem Gesetz zur Lösung des Problems rufen läßt.²⁷⁵

2. Die Nicht-Entbehrlichkeit des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten wird ausschließlich von den Praktikern betont – von den zumeist akademisch arbeitenden Ärzten wurde zu diesem Punkt keine Aussage beigesteuert. Die Erfahrung des klinisch tätigen Arztes, der weiß, wie verkomplizierend es manchmal sein kann, für Therapieentscheidungen regelhaft den gesetzlichen Betreuer ins Boot holen zu müssen, mag für diese klare Aufteilung ausschlaggebend gewesen sein. Allerdings ist die enge Einbeziehung des gesetzlichen Vertreters keine Neuerung des Patientenverfügungsgesetzes, sondern war bereits zuvor betreuungsrechtliche Realität.

3. Die nominelle Stärkung der Patientenautonomie wird im Verhältnis 2 : 1 von Akademikern zu Praktikern thematisiert. Möglicherweise hat an dieser Aufteilung die theoretische – und also den Erfahrungstatsachen mehr enthobene – Arbeitsweise des Medizinethikers ihren Anteil.

4. Leserbriefe der zumeist niedergelassenen Kollegen befaßten sich einzig mit den Schwächen des Gesetzes. Dieser Umstand ist erstaunlicherweise ebenso in Bezug auf (allgemeine) Schwächen der Patientenverfügung zu beobachten.

Nach dem ärztlichen Urteil über das Gesetz werden nun die Aussagen von Ärzten zur Patientenverfügung vorgestellt.

3.2 Die Patientenverfügung im Urteil der Ärzte

Auch diese Darstellung wurde grob unterteilt in Aussagen, die sich zu Stärken der Patientenverfügung äußern, und in solche, welche ihre Schwächen thematisieren. Näherhin wurde bei den Schwächen unterteilt in Aussagen, die ein allgemeines Problem ansprechen und in jene, die spezielle Probleme zum Gegenstand haben. Schon hier kann gesagt werden, daß

²⁷⁵ Siehe hierzu in Kapitel 4.2 den Unterpunkt „Die Selbstbestimmung am Lebensende“.

allgemeine Probleme oder Gefahren der Patientenverfügung eher von Akademikern, und die speziellen Probleme im Umgang mit der Patientenverfügung eher von Praktikern thematisiert werden. Bei den Stärken gestaltet sich das Verhältnis ausgewogener.

a) Stärken der Patientenverfügung

Was beim Unterpunkt „Stärken der Patientenverfügung“ auffällt, ist die vergleichsweise geringe Anzahl im Verhältnis zu den genannten Schwächen. In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies: von insgesamt 295 Aussagen zur Patientenverfügung beziehen sich lediglich 14% (n = 42) auf ihre Vorzüge, der Rest der Aussagen (n = 253) verlegt sich auf eine – mehr oder minder scharfe – Kritik der Patientenverfügung.

(1) Die Patientenverfügung als zeitgemäßes Instrument

Zwei Aussagen zur Patientenverfügung nehmen ihren Entstehungskontext in den Blick. Obwohl sie beide aus akademischer Feder stammen, könnten sie unterschiedlicher beinahe nicht sein. Denn der eine sieht vor dem demographischen Hintergrund einer alternden Gesellschaft in der Patientenverfügung ein zeitgemäßes Instrument:

„Die Patientenverfügung als Vorausverfügung hat auch deswegen Konjunktur, weil immer mehr Betroffene zum Zeitpunkt der anstehenden Entscheidung einwilligungsunfähig sind: Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich die Prävalenz neurodegenerativer und -vaskulärer Erkrankungen, die mit dementiellen Syndromen oder die Mitteilungsfähigkeit erschwerenden Lähmungserscheinungen einhergehen. Zunehmende Beachtung des Patientenwillens, vermehrter Entscheidungsbedarf und immer häufigeres Fehlen der Einwilligung- bzw. Mitteilungsfähigkeit in der konkreten Situation sind quasi die epidemiologischen Parameter, welche zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der Frage nach der Vorausverfügbarkeit des Willens führen.“ [FRIEDRICH (2013), S. 312]

Der andere sieht die Patientenverfügung als ein Produkt des Zeitgeistes, das nur vermeintliche Sicherheit verheißt, wenn er schreibt:

„Der gegenwärtige Boom der Patientenverfügung ist somit nicht nur ein Gewinn an Einflußmöglichkeiten, sondern zugleich ein Verlust an Lebenskunst, eine Überforderung für viele

Menschen, ein symptomatisches Zeichen für den Verlust einer alten Tugend, ohne die kein Mensch gut leben kann, und das ist die Tugend der Gelassenheit, der Zuversicht zu dem, was kommen wird. Der moderne Mensch ist kein Mensch der Zuversicht, sondern ein Mensch der Angst, gerade deswegen, weil er alles kontrollieren möchte und zugleich mit Bangen erahnt, daß es ihm nicht gelingen wird, die wesentlichen Inhalte des Lebens, wie gerade das Sterben, ganz im Griff zu haben.“ [MAIO (2010), S. 219].

Unabhängig davon, wie beide Vertreter der Medizinethik ihre Ansicht begründen, verwundert es, nur in den genannten Zusammenhängen Gründe für eine mögliche Konjunktur der Patientenverfügung zu sehen. Zumal in der Gesetzesdebatte von Kritikern eines möglichen Gesetzes wiederholt darauf aufmerksam gemacht wurde, daß mit einer Begrenzung der besonders kostenintensiven Therapie am Lebensende durch die Patientenverfügung Begehrlichkeiten der Politik geweckt werden könnten, mit einer solchen Verfügung die steigenden Kosten im Gesundheitssystem einzudämmen – zum Nachteil für den einzelnen Patienten.²⁷⁶

Das Fehlen einer Auseinandersetzung mit dieser möglichen gesundheitsökonomischen Implikation der Patientenverfügung stellt seitens der Ärzteschaft m.E. einen bemerkenswerten Mangel dar. Das ärztliche Berufsethos wird hier offensichtlich als hinreichender Garant gesehen, derartige Tendenzen der Ökonomisierung des Sterbens durch die Patientenverfügung vermeiden zu können.

(2) Patientenverfügung als Instrument des Dialogs

Insgesamt fünf Äußerungen (rund 1% aller Aussagen) widmen sich diesem Thema. Differenziert man die Aussagen weiter, so kann eine zweifache Funktion der Patientenverfügung

²⁷⁶ Vgl. HAHNEN (2010), S. 52f. Als Beispiel sei hierfür Georg Hefty in der *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 28.01.2007 zitiert: „Doch ist es Zufall, daß für die Patientenverfügungen gesellschaftlich just dann zu werben begonnen wurde, als die Klage über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen einsetzte und das ‚sozialverträgliche Frühableben‘ die Runde machte? Es besteht kein Zweifel, daß die kritiklose Befolgung von Patientenvorausverfügungen und von Sterbenlassen-Plädoyers der Vertrauenspersonen und Betreuungsbeauftragten eine sichtliche Kostensenkung ermöglichen würde.“ Pointierter wieder einmal RAMM (2011), S. 11: „Gesundes Mißtrauen ist jedenfalls angebracht, wenn sich plötzlich, ausgerechnet in Zeiten der Sparpolitik, der Staat, die Gesellschaft darum sorgen, daß die Bürger ‚nicht leiden‘ sollen.“

als Kommunikationsmittel unterschieden werden: Zum einen können Patientenverfügungen als *Anlaß für ein Gespräch zwischen Arzt und Patient* fungieren; typisch hierfür ist die Aussage von SAHM/HILBIG (2013), S. 292:

„Patientenverfügungen können eine Rolle vorwiegend auch als kommunikative Instrumente spielen, die das Gespräch über die Begrenzung lebenserhaltender Therapien unterstützen helfen.“

Zum anderen wird dem Patienten durch die Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit erst eine Sprache verliehen:

„Durch Patientenverfügungen werden Patienten „zu differenzierten Gesprächspartnern in klinisch komplexen Situationen und ermöglichen allen Beteiligten (Patienten, Angehörigen und Behandelnden) Partizipation und Transparenz.“ [FITTKAU-TÖNNESMANN (2012), S. 7]

In diesem Sinne sollten die Patientenverfügungen als eine Bereicherung der Arzt-Patienten-Beziehung verstanden werden:

“Advance directives should be interpreted as an enrichment for the patient-physician relationship and not as a substitution for communication.” [VAN OORSCHOT et al. (2012), S. 2735]

(3) Ermöglichte Mitbestimmung durch Patientenverfügung

Mit der Patientenverfügung – so der zusammenfassende Tenor – erhalte nach Aussage dreier Ärzte der Patient die Chance einer Behandlung nach eigenen Vorstellungen. Dies gelte vor allem dann, wenn sie frühzeitig Berücksichtigung finde:

„Die Patientenverfügung wäre dann ein nonverbales Votum im Prozeß des ‚shared decision making‘.“ [DRIEHORST/KELLER (2014), S. 636]

In den Texten werden zwei jeweils unterschiedliche Fälle genannt, wonach eine Mitbestimmung durch Patientenverfügung denkbar ist, nämlich einmal bei *schwerer Krankheit* – wozu in der Konsequenz von Friedrich (siehe „Patientenverfügung als zeitgemäßes Instrument“) auch die Demenzerkrankung gehören dürfte – und zum anderen im Rahmen einer *psychiatrischen Erkrankung*:

„Die genannten empirischen Untersuchungen und praktischen Erfahrungen mit psychiatrischen Patientenverfügungen in den USA zeigen, daß in der klinischen Praxis zwischen Patient und Psychiater gemeinsame Behandlungsvereinbarungen im Sinne eines ‚shared decision making‘ erreicht werden können. Hierbei sollte das Instrument der Patientenverfügung als Bestandteil eines gemeinsamen Kommunikations- und Entscheidungsprozesses von Patient und Arzt im Rahmen einer längerfristigen Therapieplanung verstanden werden.“ [VOLLMANN (2012), S. 29]

Die (theoretische) Behauptung von DORSEL (2010), S. 10:

„In Situationen schwerer Krankheit kann eine Patientenverfügung ein geeignetes Instrument der Vorausverfügung sein“,

muß sich jedoch an der Feststellung des Praktikers messen lassen:

„Bei weit fortgeschrittener Erkrankung und absehbaren Komplikationen sind Patientenverfügungen zwar oft nur wenig hilfreich. Denn jetzt ist der Verlauf absehbar, die Patienten sind mit der Erkrankung vertraut, ebenso wie die begleitenden Pflege- und Ärzteteams und Angehörige.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 292]

Daß es gerade ältere – und nicht schwer erkrankte – Menschen sind, die eine Verfügung abfassen, zeigt auch eine Studie zur Verbreitung von Patientenverfügungen bei nephrologischen Patienten, aus der sich eine für den Autor der Studie überraschende Erkenntnis ergab:

„Der wichtigste Faktor für die Erstellung einer Patientenverfügung war das Alter, nicht die Grundkrankheit.“ [DRIEHORST/KELLER (2014), S. 633]

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch in einer Studie²⁷⁷ unter Tumorpatienten: nur 20% der an ambulant betreute onkologische Patienten ausgehändigten Fragebögen zur Patientenverfügung zeigte eine klare Beziehung zwischen Krebserkrankung und dem Aufsuchen einer Beratung zur Abfassung einer Patientenverfügung.

Auf die sich bereits hier abzeichnende eingeschränkte Relevanz der Patientenverfügung in der klinischen Arbeit wird im Abschnitt über die speziellen Schwächen der Patientenverfügung noch weiter einzugehen sein.

(4) Die Patientenverfügung als Schutz vor der Aggressivität der modernen Medizin

Eine weitere Stärke der Patientenverfügung wird in ihrer Abwehrfunktion gesehen. Mit ihrer Hilfe könne ein Patient sich nämlich vor der Aggressivität der Medizin schützen. Gemessen an der Popularität dieses Argumentes, die es im Rahmen der Debatte vor Gesetzesbeschluß hatte, fällt seine Repräsentation bei den ärztlichen Stellungnahmen vergleichsweise mager aus: lediglich acht Aussagen (rund 1% aller Aussagen) – von insgesamt drei Ärzten (rund 4%) – gehen in diese Richtung.

In den Rang geradezu einer Waffe erhebt der Münchner Medizinethiker Marckmann die Patientenverfügung, wenn er über sie schreibt:

„[Zur Vermeidung unerwünschter Über- bzw. Untertherapie und Fremdbestimmung] führt kein Weg an einer effektiven Vorausplanung durch die Betroffenen selbst vorbei, sie ist und bleibt in einer pluralistischen Gesellschaft *der* Schlüssel für eine menschenwürdige Begrenzung lebensverlängernder medizinischer Therapie in der letzten Lebensphase, sofern wir nicht den Imperativ des medizinisch Machbaren als neuen gesellschaftlichen Konsens unterstellen wollen.“ [MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 217]

²⁷⁷ PFIRSTINGER et al. (2014).

Dieser Impetus irritiert. Soll die Patientenverfügung wirklich *der* Schlüssel für eine menschenwürdige Therapiebegrenzung am Lebensende sein? Zumal vom selben Autor behauptet wird, daß es als Alternative zur Patientenverfügung sonst nur

„den medizinischen Imperativ des technisch Machbaren [gebe], in dessen Logik angesichts pluralistischer Wertvorstellungen nichts anderes liegt als die standardmäßige Fortsetzung lebensrettender und -verlängernder Behandlung um jeden Preis und bis zuletzt“ [MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013), S. 214].

Ist dieses Bild, welches da von der Medizin gezeichnet wird, wirklich realistisch? Es beschleicht einen der Verdacht, es gehe dem Autor mehr darum, mit solchen Aussagen die Bedeutung einer Vorausplanung für Behandlungsentscheidungen am Lebensende aufzuwerten – und damit das eigene wissenschaftliche Projekt des *Advance Care Planning*.

Neben diesen Behauptungen des genannten Autors findet sich aber tatsächlich ein ernstzunehmendes Zeugnis zumindest dafür, daß – unabhängig von der Wertung durch Ärzte – die Patienten eine Verfügung mit der Absicht eines Schutzes vor Übertherapie abfassen:

„Intensivmediziner vermuten, daß Menschen eine Patientenverfügung erstellen, um sich vor der Aggressivität der Medizin zu schützen und unnötige Qualen und Leid sowie eine nutzlose, nicht mehr lebensbringende Therapie zu vermeiden.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

In diese Richtung argumentiert auch der Freiburger Medizinethiker Maio, wenn er meint, daß Formulare Ausdruck eines tieferen Vertrauensverlustes in die Humanität der Medizin seien.

Er spricht von Patientenverfügungen als Schutzschildern, die sich

„(potentielle) Patienten frühzeitig besorgen, um damit zu verhindern, daß sie in den Strudel der entmachtenden Reparaturfabrik Krankenhaus hineingerissen werden“ [MAIO (2010), S. 215].

Allerdings mahnt Maio, daß – sollte ein Großteil der Verfügungen tatsächlich ausgefüllt werden, weil Menschen Angst haben, in der Klinik ansonsten ihrer Würde beraubt zu werden – die

„Patientenverfügung nur innerhalb eines unguten Systems ein geeignetes Mittel ist, um sich zur Wehr zu setzen“ [MAIO (2010), S. 216].

In diesem Kontext auf das Instrument der Patientenverfügung zu setzen ohne das Grundproblem – nämlich eine ethisch unreflektierte Medizin, die nur nach Zweckmäßigkeitss Gesichtspunkten zu fragen gelernt hat – zu beheben, führe

„zu einem Wettüben mit Patientenverfügungen innerhalb eines in sich wenig vertrauenerweckenden Systems“ [MAIO (2010), S. 216].

(5) Die Patientenverfügung als Entlastung

Dieser größte Unterpunkt zu „Stärken der Patientenverfügung“ vereinigt in sich genau 16 Aussagen (rund 3% aller Aussagen), wobei zwischen Medizinethikern und Praktikern die Aussagen zugunsten der letzteren aufgeteilt sind (zehn zu sechs).

Eine Entlastung durch die Patientenverfügung wird einmal beschrieben, indem sie *Entscheidungsprozesse erleichtert*:

„Patientenverfügungen erleichtern [...] im günstigsten Fall Entscheidungsprozesse.“ [FITTKAU-TÖNNESMANN (2012), S. 7]

Zum anderen kann eine Patientenverfügung *Belastungen reduzieren*, und zwar sowohl für das Behandlungsteam, als auch für die Angehörigen.

Zunächst zum Behandlungsteam: Selbst insuffiziente Patientenverfügungen stellen nach Auskunft von FRIEDRICH (2013), S. 319

„bei gewissenhafter Interpretation dennoch einen Gewinn gegenüber der Alternative dar, auf jegliche Information über den Patientenwillen zu verzichten“.

Diese Informationen können dann wieder hilfreich für Behandlungsentscheidungen sein:

„Patientenverfügungen als schriftliche Vorausentscheidungen können solche Entscheidungen [über die Therapie einwilligungsunfähiger Patienten, Anm. d. A.] [...] erleichtern.“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 2]

In einem Beitrag (Vorstellung einer Studie) konnte die Aussage gefunden werden, daß Patientenverfügungen als eine Hilfestellung gerade für klinische Ethikkomitees angesehen würden:

„Diese Patientenverfügungen können dann eine Hilfestellung für die klinischen Ethikkomitees sein, die häufig in schwierigen Fällen zurate gezogen werden. In den meisten Fällen wird dann eine Empfehlung für die unmittelbar Beteiligten ausgesprochen, was als große Hilfe für Ärzte und auch für Angehörige empfunden wird.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

Überraschenderweise fanden sich sechs Aussagen (allesamt von Praktikern), die der Patientenverfügung gerade im Rahmen des medizinischen Notfalls die Rolle einer Entscheidungshilfe abgewinnen konnten; beispielhaft hierfür die Studie von Wiese:

“The existence of an advance directive influenced the EP’s [emergency physicians] therapy decision in about 77% of their encounters.” [WIESE et al. (2011), S. 172]

Noch größer wird die Überraschung, wenn man sich laut Gerth vor Augen führt, daß im Rahmen seiner Studie die Patientenverfügung von den befragten Hausärzten nicht nur für den innerklinischen, sondern auch für den häuslichen Notfall als Hilfe angesehen wird:

„96% (n = 24) [Hausärzte, Anm. d. A.] hielten eine Patientenverfügung mit Blick auf die Therapieentscheidung im Krankenhaus für sinnvoll, alle Befragten (n = 25) hielten sie auch in einer häuslichen Notfallsituation für sinnvoll.“ [GERTH et al. (2011), S. 74].

Allerdings räumt derselbe Autor ein, daß der Einfluß der Patientenverfügung auf eine tatsächliche Therapieentscheidung in der Reanimationssituation noch eher gering zu sein scheint. Auf die Gründe und die diesbezügliche Untauglichkeit der Patientenverfügung in der Notfallsituation wird unter dem Punkt „Schwächen der Patientenverfügung“ näher eingegangen.

Wenden wir uns nochmals den Angehörigen zu. In zwei Aussagen kommt explizit gerade ihnen bei der entlastenden Funktion der Patientenverfügung eine große Rolle zu. Die Alzheimer-Gesellschaft schreibt hierzu:

„Festlegungen [in einer Patientenverfügung, Anm. d. A.] getroffen zu haben, kann für Patienten im Voraus eine Beruhigung und für ihre Angehörigen später eine Entlastung bedeuten.“ [ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012), S. 2]

Und in der Tat könne die Patientenverfügung die Angehörigen entlasten, indem sie den Streß der Angehörigen bei ihrer Mitwirkung an Therapieentscheidungen verringert:

„Die Entscheidung nach dem mutmaßlichen Patientenwillen bedeutet für die Angehörigen wahrscheinlich mehr Streß als die Entscheidung gemäß einer schriftlichen Patientenverfügung.“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 11]

Zusammenfassend kann daher mit Bleidorn festgehalten werden:

„Das Niederlegen des Patientenwillens in Form einer Patientenverfügung wird als Erleichterung für alle Beteiligten empfunden.“ [BLEIDORN et al. (2011): A 1226].

(6) Die Patientenverfügung als Chance für die psychiatrische Behandlung

Im Grunde genommen könnte man diesen Punkt auch jenem zur ermöglichten Mitbestimmung durch Patientenverfügung zuschlagen. Aufgrund der Eigenständigkeit des Faches und der (überraschenden) Bedeutung dieses Themenkreises, werden hier die diesbezüglichen Aussagen in einem eigenen Abschnitt behandelt.

Bereits weiter oben war angeführt worden, daß das Patientenverfügungsgesetz als Chance für die Versorgung von psychisch Kranken gewertet werden kann. Konkret zur Patientenverfügung in der Psychiatrie lagen 30 Aussagen von Ärzten vor. Hiervon bezogen sich acht Aussagen auf einen Vorteil der Patientenverfügung. Das Verhältnis der Aussagen von Medizinethikern zu zumeist praktisch tätigen Ärzten betrug 1 : 1 (bei den positiven Stellungnahmen) bzw. 1 : 2 (bei den erläuterten Nachteilen).

Fragt man nach den Vorteilen des Gesetzes, so kann mit Vollmann ganz allgemein konstatiert werden:

„Aus ethischer Perspektive kann festgehalten werden, daß Patientenverfügungen auch bei psychischen Erkrankungen in der Praxis Anwendung finden und sowohl von Patienten als auch Psychiatern gewünscht und respektiert werden. Es gibt keinen prinzipiellen ethischen Unterschied zwischen der Gültigkeit von Patientenverfügungen bei körperlichen vs. seelischen Leiden.“ [VOLLMANN (2012), S. 27]

Im einzelnen werden zwei Themenkreise deutlich: zum einen könne man mittels der Patientenverfügung *besser den Patientenwillen erkennen*, und zum anderen helfe die Patientenverfügung, in der Psychiatrie *Zwangsbehandlungen zu vermeiden*.

Beispielhaft für erste Sichtweise sei zitiert:

„Wenn Patienten im Zustand der Einwilligungsfähigkeit konkrete Festlegungen für ihre Behandlung in einer psychischen Krise treffen, hilft dies den behandelnden Ärzten, den Willen des Patienten besser zu erkennen und die Therapie dementsprechend zu gestalten.“ [MÜLLER/WALTER (2012), S. 1154]

Weil keine andere Stellungnahme sonst die mögliche Vermeidung von Zwangsbehandlung so betont, sei auch hierfür wieder der Psychiater Müller zitiert:

„Patientenverfügungen können konstruktiv zum Wohl von Patienten mit chronisch psychischen Erkrankungen eingesetzt werden und dazu beitragen, Zwangsbehandlungen zu vermeiden.“ [MÜLLER/WALTER (2012), S. 1154]

Daß Zwangsbehandlungen mittels einer Patientenverfügung vermeidbar sein können, erwähnt aber neben dem Praktiker Müller auch der Medizinethiker Vollmann:

„Schließlich können die Einbeziehung der Patientenvertretung, die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes („advance care planning“) mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Behandlungsvereinbarungen sinnvolle Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Deeskalation von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sein.“ [VOLLMANN (2014), S. 619]

Eigens sei an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht, daß Vollmann das Instrument des *Advance Care Planning* erwähnt.

Nach dieser Darstellung der Stärken der Patientenverfügung wenden wir uns nun dem weitaus größeren Aussagenkomplex zu, in dem die Schwächen der Patientenverfügung vorgestellt werden.

b) Allgemeine Schwächen der Patientenverfügung

Wie gesagt, befinden sich die Aussagen zu Schwächen der Patientenverfügung mit 87% in deutlicher Mehrheit zu den von den Ärzten identifizierten Stärken. Bei der Analyse der Stellungnahmen fiel auf, daß ein Unterschied zwischen mehr allgemeinen und speziellen Argumenten beobachtet werden kann. Es steht dabei typischerweise der Unterschied zwischen einerseits mehr philosophischen Erwägungen und andererseits einer stärker praxisbezogenen Problemsicht im Fokus.

(1) Das falsche Menschenbild

Der Patientenverfügung – so die zusammenfassende Auskunft dreier Autoren – läge ein falsches Menschenbild zugrunde. Denn die einseitige Betonung der Autonomie werde dem Menschen nicht gerecht; beispielhaft hierfür:

„Die Anerkennung der Abhängigkeit gehört ebenso zur menschlichen Existenz wie das Bestreben, sich ein selbstgestaltetes Glück zu verschaffen.“ [HOLTAPPELS (2009)]

Die Nicht-Anerkennung der Abhängigkeit als anthropologische Gegebenheit führe in seiner Konsequenz zur Ablehnung des Menschen:

„Es wird von Autonomie gesprochen, aber im Grunde verwechselt man zuweilen Autonomie mit Unabhängigkeit. Verkannt wird hierbei, daß man auch in den Stunden der größten Gebrechlichkeit seine Autonomie bewahren kann, indem man sich so oder so zu dieser Krankheit verhalten kann; verkannt wird, daß die Glorifizierung des Unangewiesenseins auf die Hilfe Dritter eine Negierung grundlegender anthropologischer Wesensmerkmale des Menschen darstellt. Mit der Ablehnung jeglicher Abhängigkeit wird nicht nur die Abhängigkeit, sondern der Mensch schlechthin abgelehnt [...]“ [MAIO (2010), S. 217].

(2) Der Autonomieanspruch als Ideologie

Die Verkenntung der wahren anthropologischen Grunddaten habe zu einem überzogenen Autonomieanspruch geführt:

„Der Begriff ‚Autonomie‘ tritt an die Stelle des Begriffs ‚Menschenwürde‘ und wird als solcher inhaltlich gefüllt und zum Maßstab medizinischen Handelns.“ [GEITNER (2011): A 522]

Aber ist – um mit einem Leserbriefschreiber zu fragen –

„eine die Zukunft betreffende autonome Entscheidung wirklich immer angemessen?“ [LORENZ (2014): A 802]

Maio entlarvt den vermeintlichen Wunsch nach Autonomie und den damit verbundenen Kontrollwunsch hinter der Patientenverfügung als Ideologie:

„Der moderne Mensch glaubt, das gesamte Leben vollkommen kontrollieren zu müssen, und das, was er nicht kontrollieren kann, lehnt er von vornherein ab. Daß sich der Mensch eine weitestgehende Autonomie bis zum Ende des Lebens wünscht, ist nachvollziehbar, aber wenn dieser Wunsch dazu führt, daß das Leben, ab dem Moment, da diese autonome Kontrolle nicht mehr möglich ist, automatisch als defizitär oder gar als ‚menschenunwürdig‘ betrachtet wird, ab diesem Augenblick wird der legitime Wunsch zur ideologischen Obsession.“ [MAIO (2010), S. 218].

Auch der Medizinethiker Bauer, der das Problem der Patientenverfügung mit einem ihr zugrundeliegenden Selbstwiderspruch identifiziert, geht in diese Richtung:

„Man gewinnt manchmal den Eindruck, daß Selbstbestimmung in der Medizin zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbstbestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine Entkernung dieses Begriffes.“ [BAUER (2011), S. 520]

(3) Die Verneinung verzichtvollen Lebens

In der Konsequenz einer derart verstandenen Autonomie gelten Patientenverfügungen als Mittel der Therapiebegrenzung:

„Patientenverfügungen werden fast immer in therapiebegrenzender Absicht genutzt.“ [JOX et al. (2014): A 394]

In einer retrospektiven Studie aus Jena konnte diese der Patientenverfügung immanente Stoßrichtung anhand von Zahlen objektiviert werden:

“Compared to patients without ADs [advance directives, Anm. d. A.], patients with ADs were less likely to receive cardiopulmonary resuscitation (9% vs 23%, $P = .029$) and more likely to have do-not-resuscitate orders (77% vs 56%, $P = .007$).” [HARTOG et al. (2014), S. 130]

In der Patientenverfügung manifestiere sich damit eine lebensverneinende Grundeinstellung:

„Die Debatte um die Patientenverfügung begleitete der Anspruch auf absolute Kontrollierbarkeit und eine implizite lebensverneinende Grundeinstellung.“ [MAIO (2010), S. 211].

Nach Auskunft desselben Autors falle dieser Grundeinstellung konkret das gebrechliche Leben zum Opfer:

„Solange Patientenverfügungen empfohlen werden, in denen eine Ablehnung jeden Lebens formuliert wird, das nur unter Inanspruchnahme der Hilfe Dritter gelebt werden kann, solange solche Verfügungen immer mehr zur Normalität werden, etabliert sich nach und nach eine deutliche Tendenz zur totalen Abwertung verzichtvollen Lebens, eine Tendenz zur Geringschätzung allen behinderten Lebens, eine Tendenz zur Abschaffung des gebrechlichen Lebens. [...] Verbrämt hinter einer Autonomie-Diskussion findet eine Sichtweise auf den Menschen zunehmend Verbreitung, nach der allein der unabhängige, sich selbst versorgende Mensch ein wertvolles und sinnvolles Leben führen kann. Für alles andere Leben erscheint es der breiten Bevölkerung nachvollziehbar, wenn der Tod dem gebrechlichen Leben vorgezogen wird.“ [MAIO (2010), S. 217].

(4) Die Gefahr des Automatismus

Dieser Begriff taucht fünfmal (also relativ häufig) in den analysierten Aussagen auf und wird immer im Zusammenhang einer möglichen Gefahr durch die Patientenverfügung gebraucht. Diese bestehe, wenn ärztlicherseits blind – oder eben automatisch – der Patientenverfügung Folge geleistet würde, ohne dabei den (sich möglicherweise geänderten) Patientenwillen zu überprüfen:

„Wenn also eine Patientenverfügung vorliegt, besteht das Risiko, daß man den vormals formulierten Wünschen nachkommt, ohne noch einmal zu überprüfen, ob sie dem aktuellen Willen des Betroffenen überhaupt noch entsprechen.“ [ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012), S. 2]

Einer Verfügung trotz möglicherweise inhaltlicher Zweifel unreflektiert Folge zu leisten – nur weil sie die formalen Kriterien erfüllt – ist auch im Kontext der auf Marktwirtschaftlichkeit hin durchorganisierten Krankenhäuser denkbar:

„Zwar schreibt das Gesetz vor, daß Angehörigen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden soll, aber dennoch droht ein solcher Schematismus, allein schon deswegen, weil die modernen marktwirtschaftlich ausgerichteten Krankenhäuser durch das ökonomisierte System immer mehr auf Hochtouren getrimmt werden und immer weniger Ressourcen für das ruhige Gespräch mit den Patienten, mit den Angehörigen freigehalten werden.“ [MAIO (2010), S. 215]

Die Antwort auf diese Entwicklung wird in einem *adäquaten Umgang mit der Patientenverfügung* gesucht.

Drei Ärzte beziehen sich explizit hierauf und betonen, daß zu einem solchen adäquaten Umgang mit Patientenverfügungen immer eine Auslegung zu erfolgen habe. Für diese drei wird auch hier wiederum der Freiburger Medizinethiker Maio zitiert:

„Doch auch wenn [beispielsweise nach ärztlicher Beratung, Anm. d. A.] die Begriffe etwas genauer und spezifischer sind, wird man ohne eine Interpretationsarbeit nicht auskommen können. Um diese Interpretation tatsächlich gut machen zu können, wird man sich in der Regel mit dem Umfeld des Patienten auseinanderzusetzen haben [...] Allein das Schriftstück zu nehmen und aus dem Schriftstück ohne Beschäftigung mit dem Kranken selbst und seinem Umfeld eine Handlungsanweisung abzuleiten, wird kein adäquater Umgang mit der Patientenverfügung sein.“ [MAIO (2010), S. 214]

Auch der nach Lausanne berufene Palliativmediziner Borasio meint:

„Er [der Arzt, Anm. d. A.] ist somit kein einfacher Erfüllungsgehilfe des Betreuers/Bevollmächtigten: Bei begründetem Zweifel an dessen Auslegung des Patientenwillens kann und muß der Arzt das Betreuungsgericht einschalten. Dadurch sollen Patienten vor einer einseitigen Auslegung ihres vorausverfügten oder mutmaßlichen Willens geschützt werden – ein wichtiger Beitrag zur Fürsorge. [BORASIO (2011), 28].

Dabei wird überraschenderweise gerade der Praktiker Menzel grundsätzlich, wenn er für den gegenteiligen Fall gesellschaftliche Konflikte befürchtet:

„Auch zukünftig wird jede Art der Vorverfügung in der gegebenen Situation interpretationsbedürftig bleiben. Dies entspricht der ärztlichen Fürsorge. Alles andere würde zu einem Automatismus der

Entscheidungen führen, der komplett andere, aber enorm gefährliche gesellschaftliche Konflikte in sich bergen würde. Solche Szenarien ließen sich schnell befürchten, wenn Patientenverfügungen Gegenstand versicherungsarithmetischer Betrachtung werden könnten.“ [MENZEL et al. (2012), S. 79]

Ein anderes Argument, mit dem der Logik eines Automatismus begegnet wird, beinhaltet in seinem Kern die *Betonung der (ärztlichen) Ethik*, worüber im folgenden zu sprechen sein wird.

(5) Formulare statt Ethik

Daß eine bloße Berücksichtigung der rechtlichen Tatsachen im Umgang mit der Patientenverfügung zu kurz greift, macht der Erlanger Medizinethiker Friedrich deutlich:

„Gerade die Existenz einer gesetzlichen Regelung darf [...] nicht die Entbehrlichkeit der ethischen Diskussion suggerieren.“ [FRIEDRICH (2013), S. 322].

Denn eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung und die damit intendierte Stärkung der Autonomie des Patienten finde laut des ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe quasi ihre Grenze am Selbstbestimmungsrecht des Arztes:

„Das Gesetz hat insofern eine Entscheidung getroffen, als Patientenverfügungen i.S. von § 1901a Abs. 1, Satz 1 BGB verbindlich sind. Daraus folgt aber nicht, daß Ärzte ‚willfähige Helfer‘ oder ‚blinde Vollstrecker‘ des Patientenwillens sind.“ [HOPPE (2010b), S. 260]

Konsequenterweise sei daher als Ausgleich zu einem „Mehr an Selbstbestimmung“ auf Seiten des Patienten ein „Mehr an Verantwortlichkeit“ auf Seiten der Ärzte nötig:

„Das Spannungsfeld zwischen Ethik, Medizin und Rechtsnorm am Lebensende oder in lebensbedrohlichen Situationen sollte auch zukünftig immer ‚hoch komplex und individuell‘ bleiben und kann nur mit einem ‚Mehr‘ an Verantwortlichkeit der Behandelnden und Betreuenden anstelle von vorformulierten Automatismen adressiert werden. Dies entspricht auch der Einsicht, daß das Recht nichts anderes als das ethische Minimum sein kann.“ [MENZEL et al. (2012), S. 79]

In diesem Sinne spricht sich ein Leserbriefschreiber für das Wiederentdecken einer Tugendethik aus:

„Am Ende ihres Lebens bleibt den meisten Menschen aller rhetorischen Tünche zum Trotz nichts anderes übrig, als auf das Verständnis und die Barmherzigkeit derer zu vertrauen, in deren Hände sie gelegt sind. Was hier am Platz wäre, ist eher eine medizinische Tugendethik, die die Ärzte in der Kunst des rechtzeitigen und einfühlsamen Loslassens übt, als die Intonierung der immer gleichen Selbstbestimmungslitanei ...“ [HOLTAPPELS (2009)]

Denn gute Ärzte sind besser als gute Formulare:

„Die Ärzteschaft verfügt über unvergleichliche Kräfte, um bei dem Großteil der Menschen die Not und Angst vor dem Sterben zu lindern. Die Ärzte können den Prozeß des Sterbens menschlich gestalten und ihm eine Würde verleihen, die diesem allerletzten Lebensabschnitt zumeist fehlt.“ [HOLTAPPELS (2009)]

Die (nicht nur) von akademisch tätigen Ärzten (rund 58%) veröffentlichten Stellungnahmen zum Thema Patientenverfügung zeigen prinzipielle Einwände gegenüber diesem Instrument. Es sind – zumindest teilweise – sehr ähnliche Argumente, wie sie von Seiten der Kritiker im Rahmen der Gesetzesdebatte bemüht worden sind. Offensichtlich haben sie den Gesetzgeber nicht überzeugen können: das Gesetz kam und es wird Zeit, ein Resümee zu ziehen. Im folgenden wird dies anhand der publizierten Stellungnahmen unternommen, insofern diese sich zu speziellen Schwächen der Patientenverfügung äußern.

c) Spezielle Schwächen der Patientenverfügung

Wie bereits angedeutet – und das darf bereits als Signum der ärztlich geführten Debatte gewertet werden – sprechen die Proportionen für sich: rund 86% der zur Patientenverfügung gemachten Aussagen handeln von ihren Schwächen. Hiervon beträgt der Anteil der analysierten Aussagen zu speziellen Schwächen rund 82% – das sind mit 210 fast die Hälfte aller ausgewerteten Aussagen. Schauen wir uns näher an, was von ärztlicher Seite gegen die Patientenverfügung vorgebracht wird.

(1) Mögliche Überforderung des Patienten

Immerhin 22 der ärztlichen Aussagen sehen die Patientenverfügung in Richtung einer möglichen Überforderung des Patienten.

Das Wort von der Überforderung selbst findet sich bei drei Autoren, hier beispielsweise bei Dorsel:

„Die Patientenverfügung [...] als mögliche Überforderung der Patientenautonomie.“ [DORSEL (2010), S. 10]

α Problem der Antizipation

Nahezu einig sind sich die Autoren über den Grund dieser Überforderung: es sei die von der Patientenverfügung geforderte Antizipation späterer Ereignisse, Krankheitsverläufe und Lebenssituationen, die sich für den Patienten als schwierig darstelle.

Denn er könne sich letztlich bei der Erstellung der Verfügung nie vollständig über die Tragweite seiner Entscheidung im Klaren sein:

„Patienten erweisen sich in hohem Maße als unsicher, medizinische Behandlungskonstellationen im Voraus zu antizipieren und ihre Behandlungswünsche niederzulegen.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 283]

Aus dieser Unsicherheit resultiere auch die von sechs unterschiedlichen Autoren unterstellte Änderung des Patientenwillens, sollte der Patient sich dann eines Tages mit dem Tod konfrontiert sehen, wofür auch die Erfahrung von fünf Intensivmedizinern aus Sachsen-Anhalt spreche:

„Die meisten Patienten ändern ihre Meinung gegenüber einer Therapie, wenn sie plötzlich selbst betroffen sind und sich bewußt in diesem Krankheitserleben befinden, direkt mit der Thematik konfrontiert werden und das Leben auf einmal endlich erscheint.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

Lediglich der Medizinethiker Jox hält der Unterstellung einer Variabilität des Patientenwillens entgegen, daß Studien aus den USA ergeben hätten, daß Einstellungen zu lebenserhaltenden

Therapiemaßnahmen überwiegend stabil seien, insbesondere wenn sie als Ablehnung solcher Maßnahmen vorlägen.²⁷⁸ Der Autor erwähnt allerdings auch, daß es sich bei diesen Studien um Befragungen von Patienten zu ihren Präferenzen anhand von *hypothetischen* Fallbeispielen handelt, was die Aussagekraft dieser Studien deutlich schwächt. Denn irgendwelche Fragebögen und Präferenzskalen zu hypothetischen Fällen auszufüllen, heißt ja gerade nicht, *in* der beschriebenen Erkrankungssituation eine Entscheidung zu treffen. Aber genau darum geht es ja den genannten Kritikern, nämlich daß der Patient sich nicht vorstellen kann, wie sich die Situation schwerer Krankheit dann *wirklich* darstellen wird:

„Ein Gesunder kann sich nicht in einen Sterbenden hineinfühlen. Er soll über eine Situation nachdenken, die sich von allen Erfahrungen im Leben unterscheidet. Ebenso wenig, wie er sich an den Eintritt ins Leben erinnern kann, kann er sich sein Lebensende vorstellen, es handelt sich eher um eine ‚Trockenübung‘. Dennoch wird von ihm ein technisch und juristisch möglichst perfektes Machwerk verlangt.“ [GEITNER (2011): A 522]

Neben dieser methodischen Limitation seiner Aussage kann Jox aber auch mit den Ergebnissen einer Studie²⁷⁹ von Sahm widersprochen werden. Mit dieser Studie zeigt Sahm, daß „der Perspektivwechsel keine Ausnahme ist, er ist die Regel“²⁸⁰.

Es bleibt fraglich, inwieweit mit Blick auf die Variabilität der Einstellungen hier der Gesetzgeber dem Patienten mit einer hohen Verbindlichkeit der Patientenverfügung – bei gleichzeitig fehlender Aktualisierungspflicht – möglicherweise einen Bärenienst erweist.

ß Problem des fehlenden medizinischen Wissens

Neben der prinzipiellen Unmöglichkeit, zweifelsfrei eine die Zukunft betreffende Erkrankungssituation gedanklich vorwegzunehmen und hierzu eine Therapieentscheidung

²⁷⁸ Vgl. JOX (2012a), S. 131ff.

²⁷⁹ SAHM (2006).

²⁸⁰ SAHM (2009), S. 27.

abzugeben, erweisen sich den meisten Autoren zufolge die fehlenden medizinischen Kenntnisse der Patienten als problematisch:

„Viele Menschen haben falsche Vorstellungen von der medizinischen Praxis und somit von den heutigen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

In diesem Zusammenhang zeigt sich das Fehlen der Beratungspflicht (oder ihres verpflichtenden Angebotes) als besonders schwerwiegend:

„Ohne ärztliche Beratung ist das Erstellen einer Patientenverfügung für den medizinischen Laien kaum möglich, da der Verfügende häufig die medizinischen Details nicht versteht.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 490]

Wie sehr fehlendes medizinisches Wissen sich zum möglichen Nachteil für den Patienten auswirken kann, geht aus einer Untersuchung zu regelmäßigen Beratungsseminaren zur Patientenverfügung in Offenbach hervor, die zeigen, daß eine strukturierte Beratung die inhaltliche Gestaltung der Patientenverfügung beeinflusst:

„Ein Viertel der über 200 Teilnehmer hatte bereits eine gültige Patientenverfügung zum Seminar mitgebracht. Nahezu alle Teilnehmer (!) aus dieser Gruppe äußerten nach dem Beratungsseminar die Absicht, ihre Patientenverfügung ändern zu wollen. Die übergroße Mehrzahl der Seminarteilnehmer sah nach dem Seminar einen – zum Teil erheblichen – Korrekturbedarf. 2/3 der Befragten gaben an, die Eingangsbedingungen ihrer Patientenverfügung („Wenn ich im Sterben liege ...“) präzisieren zu wollen, für die die Patientenverfügung gelten soll, ebenfalls 2/3 sahen nach dem Seminar die Notwendigkeit, jene Maßnahmen zu konkretisieren, die in diesem Fall durchgeführt bzw. nicht durchgeführt werden sollten.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 488]

Aber selbst eine Beratung scheint nach Auskunft der fünf interviewten Intensivmediziner nicht automatisch zu einer Patientenverfügung im Sinne ihres Verfassers zu führen:

„Fehlende Fachkenntnisse, teilweise auch von Juristen und Hausärzten, könnten dazu führen, daß Situationen oft falsch eingeschätzt werden.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

Man müsse sich daher eingestehen, daß zwar politischerseits die Patientenverfügung zum Instrument der Sicherung der Patientenautonomie stilisiert worden sei. Angesichts der

möglichen Komplexität des Lebensendes und seiner prinzipiellen Unvorhersehbarkeit müsse aber von berufener Seite vielmehr konstatiert werden:

„Die Hindernisse (Schwierigkeiten, eine Entscheidung im Voraus zu treffen, befürchtete Barrieren) weisen auf einen illusionären Charakter im Konzept der Patientenverfügung hin. Die Lebenswirklichkeit ist zu widerständig, als daß sie im Voraus planbar wäre.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 293]

Mit insgesamt 22 Äußerungen (rund 5% aller analysierten) dieses Inhaltes ergibt sich so die drittgrößte Aussagekategorie unter jenen zu speziellen Schwächen der Patientenverfügung. Zur Auffassung der möglichen Überforderung des Patienten durch Entscheidungen zu hypothetischen Krankheitsverläufen konnte interessanterweise innerhalb des restlichen Analysematerials nirgends eine gegenteilige Sicht entdeckt werden. Angesichts der Offensichtlichkeit dieses Fehlens drängt sich daher der Eindruck auf, daß diese 22 Äußerungen nur das aussprechen, was innerhalb der Ärzteschaft weitverbreiteter Konsens ist.

(2) Bedeutung der Selbstbestimmung bei Patienten gering

Im Zusammenhang mit einer möglichen Überforderung ist es interessant zu sehen, wie wenig ausgeprägt bei den Patienten die Wahrnehmung der postulierten „Selbstbestimmung bis zuletzt“ ist. So zielen vier Aussagen auf dieses Spannungsverhältnis ab: auf der einen Seite die Bedeutung der Selbstbestimmung in der öffentlichen Debatte, auf der anderen Seite die Bedeutung der Selbstbestimmung beim einzelnen Patienten. Beispielfür hierfür das Ergebnis einer Patientenbefragung in einer Hausarztpraxis:

„In der Befragung möchte der geringste Anteil das Selbstbestimmungsrecht wirklich nutzen.“ [GEITNER (2011): A 522]

In Aufklärungsgesprächen allerdings – so zeigt eine Studie zur partizipativen Entscheidungsfindung – werde Selbstbestimmung von Seiten der Patienten dennoch als wichtig erachtet:

„In Bezug auf die Beteiligungspräferenz gaben 28 der Patienten (31%) an, daß sie medizinische Entscheidungen eher dem Arzt überlassen möchten, die restlichen Patienten wünschten sich eher eine gemeinschaftliche oder autonome Rolle.“ [DÜRK et al. (2011)]

α Akzeptanz unter Tumorpatienten gering

Eine Aussage konnte ausgemacht werden, der zufolge trotz des neuen Gesetzes keine Veränderung in der Akzeptanz von Patientenverfügungen festzustellen ist. So schreibt Sahm nach Auswertung einer strukturierten Befragung unter Tumorpatienten vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes:

„Die Akzeptanz von Patientenverfügungen unter Tumorpatienten hat sich in der Zeit nach Verabschiedung des Gesetzes nicht verändert, sie ist insgesamt gering.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 283]

β Geringe Verbreitung der Patientenverfügung

Macht man das an Zahlen fest, so weist die Analyse der ärztlichen Aussagen zur Häufigkeit des Vorliegens von Patientenverfügungen insgesamt eine Diskrepanz auf: auf der einen Seite halten es die Bundesbürger für wichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen – immerhin wird von Jox²⁸¹ darauf aufmerksam gemacht, daß nach neuesten Erhebungen²⁸² mittlerweile jeder dritte bis vierte Bundesbürger die Patientenverfügung nutze; auf der anderen Seite bleibt die Prävalenz von Patientenverfügungen in Einrichtungen des Gesundheitssystems weiter niedrig:

„Personen halten es für wichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, die Prävalenz verfaßter Verfügungen bleibt jedoch gering.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 291]

²⁸¹ Vgl. JOX et al. (2014): A 394.

²⁸² DEUTSCHE FRIEDHOFSGESELLSCHAFT: Umfrage zu Vorsorge im Hinblick auf Krankheit und Tod. URL http://www.deutschefriedhofsgesellschaft.de/upload/2013_11_17_Anhang_UmfrageVorsorge_481.pdf [Zugriff zuletzt am 22.07.2014].

Im Rahmen einer an der Klinik der Münchener Ludwig-Maximilian-Universität durchgeführten Untersuchung habe sich lediglich eine leichte Zunahme der Häufigkeit an Patientenverfügungen in Folge des Patientenverfügungsgesetzes gezeigt:

„Auch wenn die Zahl der vorgelegten Verfügungen gemessen an der Gesamtzahl der Patienten insgesamt relativ klein geblieben ist, so war zu beobachten, daß in den letzten zehn Jahren kontinuierlich von einer immer größer werdenden Zahl von Patienten eine Patientenverfügung vorgelegt wurde.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 487]

Daß sich an der Zahl der den Behandlern vorgelegten Patientenverfügungen seit dem Gesetz nichts oder nur kaum etwas geändert hat, erklärt Jox damit, daß sich zwar die Anzahl der abgefaßten Patientenverfügungen seit 1998 laut Bevölkerungsumfragen verzehnfacht habe, tatsächlich aber nur ein geringer Teil der Patientenverfügungen in der entsprechenden Behandlungssituation vorliege.²⁸³ Jox vermutet als Grund für diesen Umstand eine mangelnde Kommunikation über die Patientenverfügung, so daß niemand genau wisse, wo die Patientenverfügung zu finden und was ihr Inhalt sei.²⁸⁴ Dies trage letztlich dazu bei, daß die Patientenverfügung kaum an Einfluß auf die Therapieentscheidung gewonnen hat.

²⁸³ Vgl. JOX (2013), S. 269.

²⁸⁴ Bei seiner Aussage stützt sich Jox jedoch auf Studien, aus denen er die falschen Schlüsse zieht. Denn in den von ihm zitierten Studien wurde lediglich das Vorliegen der Patientenverfügung erfaßt – die darüber hinausgehende Information, ob von den betroffenen Patienten tatsächlich eine Patientenverfügung verfaßt wurde, die dann bloß nicht den Weg zu den Entscheidungsträgern gefunden hat, geht aus den Studien nicht hervor. Allerdings zeigen andere Studien den von Jox genannten Zusammenhang: Patienten haben ihre Patientenverfügung routinemäßig zu selten bei sich [DRIEHORST (2011)] oder informieren das Krankenhauspersonal nicht über die Existenz einer Patientenverfügung [LANG-WELZENBACH et al. (2008)].

(3) Die Patientenverfügung als Falle

Paradigmatisch für diese Kategorie stehen Ergebnisse einer Studie aus Durham. Nach den dortigen Ergebnissen konnte gezeigt werden, daß die Patientenverfügung bei der Versorgung kritisch Kranker selbst einen Risikofaktor darstellt:

„Liegt eine Patientenverfügung vor, mit der Reanimationsversuche untersagt werden, ist dies nach notfallmäßigen Operationen bei Darmverschluß ein eigenständiger Risikofaktor dafür, nach dem Eingriff zu versterben.“ [BUBLAK (2013)]

Der Autor kommt daher zu folgendem Schluß:

„Im Licht dieser Befunde sollten sie [die Patienten, ihre Familien, aber auch die Ärzte] sich bewußt machen, daß die perioperativen Risiken steigen, wenn eine Patientenverfügung mit Wiederbelebungsverzicht vorliegt. Auch die Broschüre ‚Patientenverfügung‘, aufgelegt vom deutschen Bundesministerium für Justiz, geht auf das Thema des Reanimationsverzichts ein. Der entsprechende Abschnitt ist mit einer Fußnote versehen. Dort steht zu lesen: ‚Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z.B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.‘ Mit Blick auf die Studie aus Durham läßt sich das durchaus als Warnung verstehen.“ [BUBLAK (2013)]

Allerdings kann diese optimistische Einschätzung des Bundesministeriums zur Prognose nach intraoperativen Wiederbelebungsmaßnahmen nicht unkommentiert bleiben. Von dem Anästhesisten Lassen wird eine Beobachtungsstudie aus den USA zitiert, der zufolge bei einer Inzidenz von intraoperativen Herz-Kreislauf-Stillständen von 7,22/10 000 Allgemeinanästhesien eine Dreißigtagesmortalität von 62,6% festgestellt wurde. Angesichts dieses Befundes stellen die Autoren die (rhetorische) Frage, „ob dies im Umkehrschluß bedeute, daß ein intraoperativer Herz-Kreislauf-Stillstand ein ‚kurzfristiges Problem [darstellt, das] sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben [läßt]‘, wie es in den Textbausteinen einer Patientenverfügung des Bundesministerium für Justiz heißt“²⁸⁵.

²⁸⁵ LASSEN et al. (2013), S. 605.

Grundsätzlich, so 28 Aussagen direkt oder indirekt, könne sich die Patientenverfügung für den Patienten aus zwei Gründen als Falle entpuppen: zum einen aufgrund der fehlenden Aktualisierungspflicht, zum anderen durch die besondere Situation der Patientenverfügung beim psychiatrischen Patienten. Bei der Darstellung des Punktes „Fehlende Aktualisierungspflicht“ wird besondere Aufmerksamkeit dem Verhältnis von Patientenverfügung und Demenz gewidmet.

α Fehlende Aktualisierungspflicht

Mit „Falle“ ist gemeint, daß der Patient den ursprünglichen und in der Patientenverfügung niedergelegten (Nicht-)Behandlungswunsch nur gedanklich revidiert, ohne dabei gleichzeitig auch die Verfügung selbst zu ändern. Für den Fall eines akuten Ereignisses mit Einwilligungsunfähigkeit könnte der Patient so zum Gefangenen seines früher formulierten Willens werden:

„Wird derjenige, der an seinen niedergeschriebenen Behandlungswünschen inzwischen zweifelt, von einem plötzlichen medizinischen Notfall überrascht, so zeigt sich, daß eine Patientenverfügung – wie der Medizinrechtler Ulsenheimer anmerkt – auch eine ‚tödliche Falle‘ sein kann.“ [FRIEDRICH (2013), S. 320]

Auch hier sei nochmals auf den Medizinethiker Jox verwiesen, der mit Bezug auf US-amerikanische Studien von einer Stabilität der Präferenzen zu lebenserhaltenden Maßnahmen berichtet (siehe bei den speziellen Schwächen der Patientenverfügung den Punkt „Mögliche Überforderung des Patienten“). Es konnte damals schon gezeigt werden, daß diese von Jox herangezogene Stabilität auf *hypothetische* Fallbeschreibungen gründet, zu denen Patienten mittels Fragebögen Stellung nahmen. Einschränkend merkt daher auch Jox an, daß es

„im Kontext gesundheitlicher Krisen und Krankenhausaufenthalte zu (wenigstens vorübergehenden) Einstellungsänderungen kommen kann, so daß entsprechende Äußerungen oder Verhaltensweisen des Patienten, welche in diese Richtung weisen, sorgfältig bedacht werden müssen“ [JOX (2012a), S. 132f].

Wie wenig Patienten über die einmal gemachten Angaben in ihrer Patientenverfügung Bescheid wissen, macht auch das bedenkenswerte Ergebnis der Studie von Driehorst deutlich:

„Bedauerlicherweise konnten sich Patienten oft nicht erinnern, ob sie zu Bluttransfusion, Antibiotika und Dialyse überhaupt Angaben in ihrer Patientenverfügung gemacht hatten. Dieser Mangel bestätigt sich auch in anderen Studien.“ [DRIEHORST/KELLER (2014), S. 636]

β Die Patientenverfügung bei Demenz

Daß die Patientenverfügung tatsächlich zur Falle werden kann, davon wird insbesondere im Zusammenhang mit Demenzkranken geschrieben, so beispielsweise die Alzheimer-Gesellschaft:

„Die praktische Erfahrung in der Begleitung von Demenzkranken zeigt, daß zwischen Willensäußerungen in gesunden Tagen und den lebensbejahenden Verhaltensäußerungen und Willensbekundungen im tatsächlichen Leben mit einer Demenz erhebliche Diskrepanzen bestehen können, und daß ein lebenswertes Leben auch mit einer fortgeschrittenen Demenz möglich ist.“ [ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012), S. 1]

Bereits 2010 wurde daher von Salomon angemahnt, daß

„eine verantwortliche gesellschaftliche Diskussion noch über die Möglichkeit des Widerrufs gerade bei Menschen mit Demenz geführt werden muß“ [SALOMON (2010), S. 187].

Vor allem Jox machte in jüngerer Zeit im Rahmen dieser Diskussion von sich reden. Gegenstand seines besonderen Interesses ist dabei der sogenannte „natürliche Wille“. Dieser könne in Konflikt zu dem in der Patientenverfügung formulierten Willen geraten. So beispielsweise, wenn Demenzkranke bei der Nahrungsaufnahme durch ein Lächeln Lebensfreude zu erkennen geben, wobei in der Patientenverfügung möglicherweise davon die Rede ist, daß im Falle einer Demenz eine Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu unterbleiben habe. Jox zufolge sei es bislang noch unklar, ob in diesen Fällen in Richtung Autonomie oder in Richtung von aktuell bekundetem Wohlbefinden entschieden werden sollte:

„Unklar ist aber, welche Geltung dem natürlichen Willen zukommt, wenn es um Entscheidungen für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen geht.“ [JOX (2012a), S. 135]

Die Lösung dieses Konfliktes sieht Jox einmal mehr in einer Aufwertung der Patientenautonomie, indem der Patient mittels entsprechender Stellungnahmen – wie beispielsweise die Textbausteine des Bundesministeriums der Justiz – in seiner Patientenverfügung vorausblickend dazu Stellung nimmt, wie mit Verhaltensäußerungen umzugehen ist, die mit dem Inhalt der Patientenverfügung in Konflikt stehen.

Die Selbstbestimmung ist aber bei Jox eine Einbahnstraße: im Namen der Lebensqualität –

„bei Therapieentscheidungen kommt es vielmehr auf die insgesamt erwartbare Lebensqualität an [Jox et al. (2014): A 396] –

wird die Patientenverfügung einzig im Dienst des (vorzeitigen) Lebensendes gesehen, indem er (und Co-Autoren)

„Vorausentscheidungen für die antizipierte Situation der Demenz gerade als Ausdruck eines biographischen Lebensentwurfs und persönlicher Wertinteressen ernst genommen wissen wollen und Verbindlichkeit für sie fordern“ [Jox et al. (2014): A 396].

Kontrastiert sei dies einmal mehr mit der Erfahrung der Experten:

„Die Erfahrung zeigt, daß auch schwerkranke Menschen leben wollen und Lebensqualität empfinden, auch wenn sie Einschränkungen in der Mobilität und Selbständigkeit hinnehmen müssen. Diese Überlegungen bekommen im Falle einer Demenzerkrankung noch besonderes Gewicht. Im Verlauf der Erkrankung können sich die Persönlichkeit, das Verhalten und die Wertvorstellungen verändern. Zwar ist der aktuelle Wille dem vorausverfügten rechtlich stets überlegen. Dennoch können einseitige Festlegungen in Patientenverfügungen im Falle des Falles alle beteiligten Parteien in große Entscheidungsnöte bringen.“ [ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012), S. 2]

Diese Entscheidungsnöte, die zum Gegenstand vor allem die Frage nach der Ernährung haben, bestätigt Salomon:

„Die derzeitige Erfahrung liefert viele Beispiele, in denen insbesondere Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeitszufuhr nicht akzeptiert wird.“ [SALOMON (2010), S. 187].

y Die Patientenverfügung und der psychiatrische Patient

Der größte Anteil der Aussagen von Ärzten, die in Richtung einer Falle zu lesen waren, setzt sich mit denen Problemen der Patientenverfügung beim psychiatrisch erkrankten Patienten auseinander (insgesamt 22 Aussagen – davon allein 15 durch Kliniker).

Zwei Argumente tauchen bei Analyse der Aussagen auf: zum einen habe der rechtlich erweiterte Schutz zu einer inhumaneren Situation für die Betroffenen geführt; zum anderen komme der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit eine besondere Bedeutung zu.

y1) „Einsperren ohne Therapie“

Am treffendsten wird der Standpunkt einer durch die Patientenverfügung heraufgeführten inhumaneren Situation deutlich in einer Stellungnahme zweier Psychiater:

„Es wird in Kauf genommen, daß Patienten, die aus welchen Gründen auch immer psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung verweigern, auf unbestimmte Zeit ohne Behandlung weggesperrt werden, entweder in psychiatrischen Abteilungen, im Maßregelvollzug oder im Justizvollzug. Die Vorschläge zur juristischen Regelung im Sinne des Wegschließens ohne Behandlung führen für einen erheblichen Personenkreis zu einer ‚Verwahrpsychiatrie‘; dies ist ein Mißbrauch der Psychiatrie [...]. Freiheitsentzug in der Klinik ohne Therapie halten wir für unethisch, unärztlich und letztlich verfassungswidrig.“ [MÜLLER/WALTER (2012), S. 1153]

Da aber nicht nur eine medikamentöse Therapie, sondern auch psychotherapeutische Gespräche zur Behandlung gehören und in einer Patientenverfügung abgelehnt werden können, ergebe sich dann – für den Fall einer Selbst- und/oder Fremdgefährdung – die Situation einer

„Einsperrung ohne Therapie“ [HEINZ/BORBÉ (2010), S. 46].

Die diesem Problem zugrundeliegende Ursache wird als eine Kontroverse zwischen Juristen und Ärzten identifiziert:

„Juristen fokussieren also stärker auf die Gefährdung der Persönlichkeit durch staatliche Übergriffe und verteidigen Abwehrrechte von Individuen dagegen, während Psychiater und Neurologen stärker die Gefährdung der Persönlichkeit durch psychische und neurologische Erkrankungen im Blick haben. Somit werden trotz des gemeinsamen Ziels, nämlich eines effektiven Schutzes der Persönlichkeit und der Autonomie von Patienten, häufig konträre Positionen vertreten.“ [MÜLLER/WALTER (2012), S. 1153]

Daß psychiatrische Patienten bei Krankheitsexazerbation möglicherweise ohne Therapie auf geschlossenen Stationen geführt werden müssen, bedinge, daß – so ein weiterer Psychiater – psychisch kranke Menschen dem Risiko ausgesetzt würden, ihre Gesundheit zu schädigen:

„Damit kann die paradoxe Situation eintreten, daß diese Patienten durch eine Nichtbehandlung ein Wiederauftreten ihres Leidens sowie damit verbunden einen vorübergehenden oder länger andauernden Verlust der Einwilligungsfähigkeit riskieren. Eine Verschlechterung der Prognose und Chronifizierung der Erkrankung können die Folge sein.“ [PODOLL et al. (2010), S. 638]

Neben der möglichen (Selbst-)Schädigung durch den Patienten werden aber noch andere Szenarien aufgezeigt:

„Aus therapeutischer Sicht erscheint eine solche Situation aber als extrem ungünstig, denn Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind keine Gefängnisse und sollten auch unter keinen Umständen in eine solche Richtung transformiert werden. Dies würde jeglicher Reformbestrebung der letzten 40 Jahre zuwiderlaufen. Stationen, welche auch als Akutstationen zunehmend offen geführt werden, müßten dann geschlossen geführt werden.“ [HEINZ/BORBÉ (2010), S. 46]

Der Medizinethiker Vollmann sekundiert:

„In der Praxis kann eine optimale stationäre psychiatrische Behandlung durch zwangsuntergebrachte, aber nicht behandlungswillige selbstbestimmungsfähige Patienten erheblich beeinträchtigt werden. Diese Patienten befinden sich gegen ihren Willen im psychiatrischen Krankenhaus, können aber nur sehr eingeschränkt und unzureichend behandelt werden, so daß ihre psychischen Symptome sich nicht oder nur über eine sehr lange Zeit bessern. Diese absorbiert nicht nur die knappen Ressourcen stationärer Therapieplätze, Personal und Finanzen, es beeinträchtigt häufig auch das therapeutische

Milieu, die Behandlung und Genesung von Mitpatienten und kann Patienten und Personal durch bedrohliches bzw. gewalttätiges Verhalten gefährden.“ [VOLLMANN (2014), S. 617]

Als besonderes Problem stellt sich nach Ansicht eines weiteren Psychiaters dabei die Rechtsunsicherheit dar, die bei der Zwangsunterbringung aus unterschiedlichen Unterbringungsgesetzen resultiere:

„Als Quelle von Rechtsunsicherheit und Mißverständnissen verbleibt die fehlende Harmonisierung zwischen den §§ 1901a ff. BGB und den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer.“ [GRÖZINGER et al. (2011), S. 64]

Zusammenfassend läßt sich mit Vollmann feststellen:

„Es muß [...] aus ethischer Perspektive gefragt werden, ob hier mit dem Ziel des erweiterten rechtlichen Schutzes der Patientenpersönlichkeit nicht de facto eine unprofessionelle und für den Kranken und alle Beteiligten inhumanere Situation gefördert wird.“ [VOLLMANN (2014), S. 617]

Vor dem Hintergrund der hier aufgeführten schwerwiegenden Nachteile, in die Patienten durch eine Patientenverfügung geraten können, nehmen sich die oben aufgezählten Stärken der Patientenverfügung und ihrer gesetzlichen Regelung geradezu als vernachlässigbar aus.

γ2) Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

Diesem Aspekt wird in den Stellungnahmen auffallend breiter Raum gezollt. Ist die Klärung der Einwilligungsfähigkeit vor Abfassung der Patientenverfügung sonst quasi mehr eine Angelegenheit für Juristen, stellt die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit zum Abfassungszeitpunkt für Psychiater einen wesentlichen Punkt im Umgang mit der Patientenverfügung dar. So wenden sich insgesamt fünf Aussagen (von drei Autoren) diesem Thema zu.

Die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit verdiene im Kontext der Psychiatrie deshalb besondere Beachtung, weil diese Erkrankungen häufiger die Einwilligungsfähigkeit von Patienten beeinträchtigen:

„Da psychische Erkrankungen häufiger als somatische Leiden die Selbstbestimmungsfähigkeit²⁸⁶ von Patienten aufheben können, bedarf die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung von Patientenverfügungen in der psychiatrischen Praxis besonderer Beachtung.“ [VOLLMANN (2012), S. 27]

Die professionelle Feststellung und Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Verfassens einer Patientenverfügung – so der Autor weiter –

„ist von hoher Bedeutung für die ethische und rechtliche Gültigkeit des dort verfügten Patientenwillens“ [VOLLMANN (2012), S. 28].

Allerdings bemängelt Vollmann, daß es bei dieser wichtigen Frage innerhalb der psychiatrischen Disziplin keine einheitlichen Standards zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit gebe. Er fordert daher weitere Klärung dieser wichtigen Frage:

„Weiterhin werden bei der klinischen Beurteilung verschiedene Kriterien zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der klinischen Praxis angewendet, die sich zum Teil nicht aus der normativen Konzeption ergeben und bei unterschiedlichen Patientengruppen wenden Psychiater unterschiedliche Prüfkriterien an. Aufgrund der hohen ethischen, rechtlichen und klinischen Bedeutung

²⁸⁶ Vollmann verwendet statt des sonst üblichen Begriffes der Einwilligungsfähigkeit den Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit; sachlich ist damit aber das gleiche gemeint.

einer sicheren Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten zu einem konkreten Zeitpunkt in eine konkrete Einwilligungssituation besteht hier weiterer Klärungs- und Forschungsbedarf. Insbesondere bedarf es einer Verständigung innerhalb der psychiatrischen Profession über die zu verwendenden Standards, Schwellenwerte und Qualitätssicherung.“ [VOLLMANN (2014), S. 616]

(4) Patientenverfügungen ohne Relevanz für Behandlungsentscheidungen

Kommen wir zur größten Aussagekategorie vorliegender Analyse. Insgesamt finden sich in dieser – mit Unterkategorien – 83 Aussagen (rund 17% aller Aussagen), die sich allesamt mit der Bedeutung der Patientenverfügung auf Behandlungsentscheidungen auseinandersetzen. Allerdings sei hier schon angemerkt, daß viele Aussagen redundant sind. So sind dieselben Argumente beispielsweise der Medizinethiker Marckmann und in der Schmitt in sämtlichen ihrer Publikation neu arrangiert fast eins zu eins wiederzufinden. Und auch die anderen Arbeiten aus ihrem Hause (z.B. Jox, Schaidt, Sommer, Winkler) rezipieren diese Argumente. Dennoch sind einige der in dieser Kategorie versammelten Argumente dazu angetan, die grundsätzliche Frage nach der Bedeutung der Patientenverfügung für die klinische Arbeit in einem neuen Licht zu sehen.

Behandlungsentscheidungen werden – so läßt sich vorausblickend sagen – nicht von Patientenverfügungen, sondern von anderen Faktoren bestimmt. Nach einer Studie von Jox (bei der Angehörige und Berufsbetreuer mittels Fragebogen zu bestimmten Fallszenarien befragt wurden) zeigte sich, daß Behandlungsentscheidungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten vor allem von *aktuellen Zeichen der Lebensäußerung* abhängig gemacht werden:

“This study has also demonstrated that surrogates are not primarily influenced by the factors they are required to consider by German law: the patient’s previously expressed preferences and life attitudes. This confirms studies from other countries on physicians and relatives.” [JOX et al. (2012a), S. 1051]

Auch die Umfrage um Wandrowski kommt zu dem Ergebnis einer fehlenden Relevanz von Patientenverfügungen auf Behandlungsentscheidungen. In ihrer Befragung von bayerischen

Ärzten waren es aber *prognostische Kriterien*, denen ärztlicherseits eine höhere Bedeutung als der Patientenverfügung beigemessen wurden:

„Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen [...], daß – obwohl Ärzte Patientenverfügungen einen hohen Stellenwert beimessen – die Entscheidung bezüglich therapiebegrenzender Maßnahmen von prognostischen Kriterien und nicht von dem in der Patientenverfügung geäußerten Willen abhängig gemacht wurde.“ [WANDROWSKI et al. (2012): A 145]

Neben den genannten Aussagen finden sich weitere, die auf unterschiedliche Ursachen der mangelnden Bedeutung der Patientenverfügung in der Behandlung von Patienten eingehen.

α Fehlender Einfluß aufgrund praktischer Probleme

Zunächst seien es einfach die Umstände der Erkrankung, die eine Patientenverfügung wenig hilfreich erscheinen lassen, insbesondere wenn die Erkrankung weit fortgeschritten ist. Es sei hier nochmals an die Einschätzung Sahms erinnert:

„Bei weit fortgeschrittener Erkrankung und absehbaren Komplikationen sind Patientenverfügungen zwar oft nur wenig hilfreich. Denn jetzt ist der Verlauf absehbar, die Patienten sind mit der Erkrankung vertraut, ebenso wie die begleitenden Pflege- und Ärzteteams und Angehörige.“ [SAHM/HILBIG (2013), S. 292]

α1) Mangelnde Berücksichtigung durch medizinisches Personal

Aber ganz allgemein geht die Einschätzung zweier Autoren dahin, daß Patientenverfügungen – wie in der Schmitten im Rückgriff auf zwei Studien festhält – *vom medizinischen Personal nicht berücksichtigt* würden:

„[Patientenverfügungen] bleiben vom medizinischen Personal häufig unbeachtet.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2014): A 50]

Oder es würde von Seiten des medizinischen Personals der Patientenverfügung die Entscheidung des Betreuers vorgezogen, wie ein Hausarzt bemerkt:

„Eine Patientenverfügung [...] wird in der Regel weniger ernst genommen als die Entscheidung eines Bevollmächtigten.“ Uwe Popert (Teilnehmer an allgemeinmedizinischem Listserver) [Aus: EGIDI et al. (2012), S. 89].

α2) Schwierigkeit bei Auslegung der Patientenverfügung

Ein weiteres praktisches Problem der Patientenverfügung sei die oftmals *schwierige Auslegung*. Wie bereits weiter oben aufgezeigt wurde, gehört die Auslegung konstitutiv zur Patientenverfügung – wollte man nicht einem Automatismus verfallen.

Padberg stellt in diesem Zusammenhang Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) vor. Laut den befragten Notfallmediziner ist die „schwierige Auslegbarkeit“ [PADBERG et al. (2014), S. 6] von Patientenverfügungen ein großes Problem. Näher sei es vor allem die „unklare Situationsgerechtigkeit [von Patientenverfügungen]“ [PADBERG et al. (2014), S. 6], die den Verantwortlichen zu schaffen mache, worauf weiter unten noch eingegangen wird (siehe „Die fehlende Präzision“). So ist nicht nur die Patientenverfügung fehleranfällig, sondern auch die Ärzte. Nach genannter Studie werde von den befragten Ärzten als Grund für den schwierigen Umgang mit Patientenverfügungen die „fehlende Schulung“ [PADBERG et al. (2014), S. 5] genannt.

Der Akutmediziner Brokmann bemerkt, daß die schwierige Auslegung von Patientenverfügungen oftmals auch der Grund für eine Anfrage an ein klinisches Ethikkomitee sei:

„Die Auslegung einer Patientenverfügung stellt eine regelmäßige Situation für die Anfrage einer Ethikfallberatung dar.“ [MAY/BROKMANN (2010), S. 124]

α3) Mangelnde Verfügbarkeit

Ein letzter Hinweis auf praktische Probleme bei der Anwendung der Patientenverfügung findet sich in den Aussagen zu ihrer *mangelnden Verfügbarkeit*. Immerhin zehn Aussagen beschäftigen sich mit diesem Thema.

Beispielhaft sei hier die Aussage von Schaidler zitiert:

„[Patientenverfügungen] haben aber dennoch in vielen Fällen keinen Effekt auf die Therapie: sei es, daß niemand außer dem Patienten von der Verfügung weiß, man sie nicht findet, die Angehörigen sie verspätet vorlegen [...]“. [SCHAIDER et al. (2013), S. 3]

Diese Feststellung bestätigt sich auch in der Studie von Padberg; auch hier wird als Problem von den Ärzten die „fehlende Verfügbarkeit [von Patientenverfügungen]“ [PADBERG et al. (2014), S. 4] genannt.

Auch in der Schmittens konstatiert, daß Patientenverfügungen „bei Bedarf nicht zur Hand [sind]“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2014): A 50]. Er bezieht sich hier aber auf eine US-amerikanische Studie aus dem Jahre 1995. Zu den von Jox zitierten neueren Studien, die das häufige Fehlen von Patientenverfügung in Behandlungsentscheidungen beweisen sollen, siehe das weiter oben unter dem Punkt „Geringe Verbreitung der Patientenverfügung“ Gesagte: diese Studien belegen nur, daß die Anzahl der Patientenverfügungen weiterhin gering ist.

β Fehlender Einfluß aufgrund inhaltlicher Probleme

Im Zusammenhang mit inhaltlichen Problemen machten immer wieder zwei Stichwörter die Runde, nämlich das der *Paßgenauigkeit* und – von in der Schmitt in die Diskussion eingeführt – das der *Validität*.

β1) Die fehlende Paßgenauigkeit

In zwölf Aussagen wird die fehlende Paßgenauigkeit der Patientenverfügung thematisiert. Durch diese fehlende Paßgenauigkeit verliere sie die ihr vom Gesetzgeber zugesprochene explizite Bindungswirkung und werde letztlich nur zum Indiz für den mutmaßlichen Willen (der freilich auch – siehe Kapitel 2.5 – verbindlich ist).

Nochmals seien mit Langer die fünf Intensivmediziner zitiert, denen zufolge

„Patientenverfügungen häufig wenig hilfreich sind, da die Inhalte fast nie die konkrete Situation beschreiben, in der sich der Patient dann wirklich befindet“ [LANGER et al. (2013): A 2186].

Zur gleichen Einschätzung kommt auch der Pädiater und Mitglied des Klinischen Ethikkomitees der Kliniken der Stadt Köln:

„Bei den drei Ethikkonsilen in Köln, bei denen Patientenverfügungen vorgelegen hätten, sei nur eine paßgenau gewesen. Bei den weiteren 78 Patientenverfügungen der Befragung waren Korsch zufolge 49 Prozent ‚unklar‘ oder ‚völlig ungenügend‘.“ [KORSCH (2010), S. 309]

Auch Padberg attestiert mit seiner Umfrage bei Akutmediziniern die „unklare Situationsgerechtigkeit [von Patientenverfügungen]“ [PADBERG et al. (2014), S. 6].

Bei der fehlenden Paßgenauigkeit sei insbesondere die mangelnde Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheitsverläufen festzustellen:

„Vor allem in Bezug auf den Verzicht bestimmter medizinischer Maßnahmen sind Patientenverfügungen oft fehlerhaft. So fehlt [...] beispielsweise nicht selten die Differenzierung von Akutsituationen und Dauerzuständen.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

Auch an eine – möglicherweise vom Patienten unbeabsichtigte – Selbstschädigung ist zu denken, wenn mit der Patientenverfügung pauschal Therapien auch dort abgelehnt werden, wo durch vergleichsweise wenig invasive Maßnahmen (wie beispielsweise Antibiotikagabe) sich leicht eine gesundheitliche Stabilisierung bzw. Kuration des Patienten erreichen ließe:

„Patientenverfügungen, die lediglich bestimmte Therapien ablehnen, ohne Situationen ihrer Anwendbarkeit zu beschreiben, bergen in der Anwendung Probleme, da man sich dann fragen muß, ob der Betreffende wirklich alle möglichen Situationen vor Augen hatte und auch bei der kleinsten, leicht heilbaren Lungenentzündung nicht antibiotisch behandelt werden möchte.“ [JÖX (2013), S. 274]

Es scheint sich demnach um eine elementare Schwäche der Patientenverfügung zu handeln, die – es wurde bereits auf die prinzipiellen Schwierigkeiten der Antizipation von Behandlungssituationen hingewiesen – keiner prinzipiellen Lösung zugeführt werden kann. Aus den analysierten Stellungnahmen der Ärzte lassen sich aber dennoch drei Lösungsvorschläge identifizieren: Der erste betrifft die *Verbesserung der Qualität* von Patientenverfügungsformularen. Dies hätte insofern praktische Relevanz, als

„fast alle im Kammerbereich Nordrhein verbreiteten Formulare den Fall einer plötzlichen gesundheitlichen Krise bei bis dato gegebener Einwilligungsfähigkeit unerwähnt und entsprechend ungeregelt lassen“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 469].

Auf die Problematik der Formulare wird auf den folgenden Seiten noch näher eingegangen werden.

Der zweite Lösungsvorschlag sieht vor, in der Patientenverfügung, statt auf konkrete medizinische Maßnahmen, auf eine *therapiezielorientierte Ausrichtung* zu setzen:

„Die Betonung konkreter medizinischer Maßnahmen in den Patientenverfügungen erklärt sich aus der juristischen Konstruktion, daß der Patient mit der Verfügung eben die Einwilligung in eine konkrete Maßnahme rechtswirksam verweigern kann. Aussagekräftiger wären jedoch therapiezielbasierte Patientenverfügungen, die zumindest in einem Dreischrittverfahren benennen, (1) welche Situationen gemeint sind, (2) welche Therapieziele in diesen Situationen zu verfolgen sind, (3) und welche Folgen sich daraus für konkrete medizinische Maßnahmen ergeben.“ [JÖX (2013), S. 274f]

ß2) Die fragliche Validität

Unter Validität versteht in der Schmitt und die ihm Nachfolgenden die Übereinstimmung des in der Patientenverfügung niedergelegten Willens mit dem tatsächlich intendierten Patientenwillen.

In der Schmitt mißt der Validität eine zentrale Bedeutung bei:

„Das Instrument der Patientenverfügung steht und fällt mit ihrer Validität, d.h. mit ihrer Übereinstimmung dessen, was geschrieben steht (genauer: was ihre Adressaten aus ihr herauslesen), mit der tatsächlichen Verfügungsabsicht des Betreffenden für den entsprechenden Fall zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung.“ [IN DER SCHMITT et al. (2011), S. 452]

In diesem Zusammenhang expliziert seine ehemalige Doktorandin:

„Bisher zu wenig beachtet wurde die Validität von Vorausverfügungen im Sinne der Dokumentation einer ärztlichen Beratung. Da die Dokumentation eines Prozesses des Erklärens und Verstehens grundsätzlich als Bedingung für wirksame Einwilligungen in medizinische Behandlungen anerkannt ist (‘informed consent’) erscheint es aus ethischer Sicht fragwürdig und für die betroffenen Patienten riskant (obgleich gemäß Patientenverfügungsgesetz rechtlich zulässig), Vorausverfügungen auch dann als bindend anzusehen, wenn sie nicht erkennen lassen, ob diese Bedingung bei ihrer Abfassung eingehalten worden ist.“ [SOMMER et al. (2012): A 581]

An der – durch fehlende ärztliche Beratung – oft fraglichen Validität könne es daher liegen, daß – so vermutet Sommer – die Patientenverfügung bei Behandlungsentscheidungen eine untergeordnete Relevanz habe:

„Die fehlende Einschätzbarkeit der Validität erschwert es den Handelnden, Behandlungsentscheidungen mit irreversiblen Folgen auf Vorausverfügungen zu stützen. Möglicherweise trägt dies zur nach wie vor verbreiteten professionellen Skepsis gegenüber Vorausverfügungen bei.“ [SOMMER et al. (2012): A 581]

Daß die Aufklärung durch einen Arzt tatsächlich eine Rarität darstellt, zeigt die Beratungsstudie von Schöffner:

„Weniger als 10% der Teilnehmer, die bereits vor dem Seminar eine Patientenverfügung erstellt hatten, hatten zuvor mit einem Arzt gesprochen.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 488]

Auch hierfür würde der von in der Schmitt und Marckmann beschrittene Weg des *Advance Care Planning* eine Abhilfe darstellen. Denn durch diesen systemorientierten Ansatz würde strukturiert auf die Erstellung und Aktualisierung einer Patientenverfügung Einfluß genommen. Das hat sich mittlerweile rumgesprochen und so meint auch Jox:

„Das beste Mittel, die Patientenverfügung zu jeder Zeit mit dem tatsächlichen Patientenwillen deckungsgleich zu halten, ist die gesundheitliche Vorausplanung [*Advance Care Planning*].“ [Jox (2012a), S. 133]

Eine weitergehende Beschäftigung mit dem Konzept des *Advance Care Planning* kann in dieser Arbeit nicht geleistet werden. Dennoch soll im Diskussionsteil (Kapitel 5.2) eine grundsätzliche Auseinandersetzung erfolgen.

y Fehlender Einfluß aufgrund formaler Probleme

Die Aussagen zu Schwierigkeiten im Umgang mit der Patientenverfügung können weiter aufgeteilt werden in eine Kategorie, in der Stellung bezogen wird zu formalen Problemen (insgesamt 23 Aussagen). Diese seien laut der Ärzte zum einen in *pauschalen Formulierungen*, zum anderen in *unbrauchbaren Patientenverfügungsformularen* zu finden.

y1) Problem der pauschalen Formulierungen

Über das Problem der pauschalen Formulierungen schreibt der Intensivmediziner Salomon:

„Da die genaue Festlegung auf das, was man will oder nicht will, sowie die unzweideutige Darlegung des Willens zu konkreten Fragen, wie z.B. Ernährung, als schwierig empfunden wird und man eher generellen Aussagen wie ‚keine Apparatemedizin‘, ‚keine Beatmung‘ oder ‚keine Magensonde‘ den Vorzug gibt, wird es weiterhin viele Vorausverfügungen geben, die sich nicht auf die konkrete Situation beziehen.“ [SALOMON (2010), S. 182]

Die diesbezügliche Wertlosigkeit bei Therapieentscheidungen ist auch dem Palliativmediziner Gockel vertraut:

„Viele [Patientenverfügungen] sind aus seiner Sicht für die jeweilige Entscheidungssituation nicht relevant oder mit Formulierungen wie ‚nicht an Schläuche und Apparate hängen‘ passiv abgefaßt.“
[GÖCKEL (2011): A 993]

Auch im Rahmen einer Validierungsstudie zur Patientenverfügung äußerten die Autoren Zweifel an der Hilfe von Patientenverfügungen bei schwierigen Entscheidungsprozessen:

„Viele vorformulierte Patientenverfügungen sind im klinischen Alltag durch Aussagen wie ‚die Patientenverfügung soll gelten, wenn ich mich am Ende einer unheilbaren Krankheit oder im unmittelbaren Sterbeprozess befinde‘ oder ‚ich möchte nicht von Apparaten am Leben gehalten werden‘ unbrauchbar. Solche pauschalen Formulierungen schließen die Berücksichtigung bei zentralnervösen Schädigungen (Apoplex, intrakranielle Blutungen etc.) oder anderen schweren Krankheitsbildern wie Sepsis oder Ähnlichem aus, untersagen die Beatmung bei operativen Eingriffen in Allgemeinanästhesie und sind keine wirkliche Hilfe in schwierigen Entscheidungsprozessen.“
[RÜDDEL/ZENZ (2011), S. 325]

y2) Unbrauchbare Patientenverfügungsformulare

Überraschenderweise konnten allein 14 Aussagen zu diesem Thema zusammengetragen werden. Von den Autoren werden verschiedene Schwierigkeiten mit vorgefertigten (z.T. Ankreuz-)Formularen genannt.

Zunächst sei es

„für Patienten und Ärzte äußerst schwierig, aus der Fülle ein bestimmtes Formular auszuwählen“
[HOPPE (2010b), S. 258].

Ein weiteres Problem sei, daß man in einem vorgefertigten Formular schlecht seine persönlichen Wertvorstellungen und (Nicht-)Behandlungswünsche äußern könne:

„Die ausformulierten Vordrucke sind in der Regel sehr allgemein. Es bleibt fraglich, ob der Mensch, der eine solche standardisierte Patientenverfügung unterschreibt, damit seine persönlichen Vorstellungen angemessen ausdrücken kann.“ [ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012), S. 2]

Aufgrund dieses Fehlens von persönlichen Vorstellungen und aufgrund ihrer Allgemeinheit seien die Patientenverfügungen dann zu guter Letzt wenig aussagekräftig:

„Zahlreiche Patientenverfügungen bestehen den Befragten zufolge aus vorgefertigten Textbausteinen oder sind Vordrucke, die aus dem Internet heruntergeladen wurden und dadurch wenig aussagekräftig sind.“ [LANGER et al. (2013): A 2186]

In diesem Zusammenhang macht Jox auf zwei interessante Zusammenhänge aufmerksam: laut einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2007 beeinflusse das Formular das Ausfüllverhalten der Patienten; Jox fordert daher, daß Patientenverfügungsformulare möglichst neutral stets beide Optionen – Einwilligung in Therapie und Ablehnung derselben – zum alternativen Ankreuzen anbieten sollten.²⁸⁷

Zum anderen gebe es laut Jox Hinweise, daß viele Formulare zu kompliziert geschrieben seien.²⁸⁸ Untersucht sei dieser Umstand zwar nur in anderen Ländern, doch dürfte es sich für Deutschland ähnlich verhalten. Weiter gibt Jox zu bedenken, daß es kaum Verfügungsformulare gebe,

„die in die Sprachen der in Deutschland lebenden Minderheiten übersetzt oder idealerweise zweisprachig geschrieben sind (damit die Ärzte sie dann auch verstehen können). [...] Außerdem wären auch deutsch-englische Formulare sinnvoll, die deutschsprachige Bürger bei Reisen mit sich führen könnten, damit ihre Präferenzen im Bedarfsfall auch im Ausland schnell verstanden werden können“ [JOX (2013), S. 275f].

Als Desiderat richtet er an die verantwortlichen Stellen:

„Es gibt eine unüberschaubare Vielfalt von wahrscheinlich über 100 Formularen mit teils erheblichen Qualitätsunterschieden. Es existieren bisher keine Qualitätsstandards und keine Form der unabhängigen Qualitätsbewertung von Patientenverfügungsformularen. Zwar haben sich inzwischen ein paar ‚Marktführer‘-Formulare herauskristallisiert, aber es wäre zu wünschen, daß eine nationale

²⁸⁷ Vgl. JOX (2013), S. 275. Jox skizziert seine Forderung mit einem Beispiel: „Statt einen Satz wie ‚In diesen Situationen wünsche ich keine lebenserhaltende Therapie‘ zum bloßen Ankreuzen vorzugeben, müßte der Satz als Frage formuliert werden: ‚Wie stehen Sie zu einer lebenserhaltenden Therapie in diesen Situationen‘, mit zwei gleichwertigen Ankreuzmöglichkeiten ‚ich wünsche sie‘ und ‚ich wünsche sie nicht‘.“

²⁸⁸ Vgl. JOX (2013), S. 275.

Autorität wie etwa der Deutsche Ethikrat, die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer oder ein ad hoc gebildetes Expertengremium Qualitätsstandards für Verfügungsformulare aufstellte.“ [JOX (2013), S. 275]

Mit in der Schmitten und seiner in diesem Zusammenhang zitierten Klimax kann man den ganzen Punkt der Relevanz von Patientenverfügungen sogar literarisch ansprechend wie folgt zusammenfassen:

„Patientenverfügungen sind immer noch wenig verbreitet, wenn doch vorhanden, sind sie häufig nicht verfügbar, wenn doch verfügbar sind sie meist – bezogen auf die gegebene Behandlungssituation – nicht aussagekräftig, wenn doch aussagekräftig steht ihre Validität (also Übereinstimmung mit dem tatsächlich intendierten Patientenwillen) in Frage – und wenn tatsächlich einmal verfügbar, aussagekräftig und erkennbar valide, dann muß die konkrete Patientenpräferenz binnen Sekunden, d.h. unter anderem ohne jeglichen Interpretationsbedarf aus dem Schriftstück ermittelbar sein und das Personal des Rettungsdienstes mit dieser Besonderheit umgehen können.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 448]

(5) Patientenverfügungen für Intensivmedizin irrelevant

Obwohl in diesem Punkt wie bereits oben viel zur Relevanz von Patientenverfügungen zu lesen sein wird, wird die Intensivmedizin (und ebenso später die Notfallmedizin) in einem eigenen Punkt abgehandelt. In der Bevölkerung gibt es eine verbreitete Angst vor Übertherapie im Alter²⁸⁹, gegen welche die Patientenverfügung das Gegengift zu sein verspricht. Gerade an Schläuchen oder Apparaten möchte man sich in der letzten Lebensphase nicht wissen.

Vor dem Hintergrund der Patientenverfügung als gewünschter Schutz vor Übertherapie, insbesondere auf Intensivstationen, kann mit Blick auf die Auswertung der Analyse gesagt werden, daß Patientenverfügungen auf Intensivstationen nahezu völlig irrelevant sind.

²⁸⁹ Vgl. HAHNEN (2010), S. 70ff.

Eine retrospektive Studie an der Berliner Charité zeigte seit dem Inkrafttreten des Gesetzes, daß die Patientenverfügung auf die sogenannten Lebensenddiskussionen (end-of-life-discussion, kurz EOLD)²⁹⁰ keinen Einfluß hat:

“Interestingly the presence of an advance directive itself had no influence on a patient having an EOLD or not.” [GRAW et al. (2012), S. 6]

Die Autoren der genannten Studie kommen daher zu dem Schluß, daß offensichtlich die Patientenverfügung für den Prozeß der Therapiebegrenzung auf Intensivstationen nicht den Stellenwert hat, der ihm in der öffentlichen Debatte beigemessen wird:

“But due to the missing difference between the EOLD and the No EOLD group in our study we can also speculate, that the value of advance directives for this process is not that high as it is expected in public.” [GRAW et al. (2012), S. 6]

Auch die weiter oben bereits zitierte Studie aus Jena zeigt, daß Patientenverfügungen mit der Absicht auf Therapiebegrenzung abgefaßt würden – was an der häufigeren Ablehnung eines Reanimationsverzichts erkennbar sei. Entsprechend dieser Ablehnung finde sich auf der Intensivstation auch häufiger eine ärztliche Anordnung, daß eine Reanimation zu unterbleiben habe (do-not-resuscitation-order, kurz DNR). Allerdings unterscheide sich die Art der Diskussion um eine eventuelle Therapiebegrenzung (siehe EOLD) und die Länge der Intensivbehandlung nicht zwischen Patienten mit und ohne Patientenverfügung:

“Compared to patients without ADs [advance directives], patients with ADs were less likely to receive cardiopulmonary resuscitation (9% vs 23%, $P = .029$) and more likely to have do-not-resuscitate-orders (77% vs 56%, $P = .007$). Therapy-limiting decisions and ICU [intensive care unit] length of stay did not differ between those with or without ADs.” [HARTOG et al. (2014), S. 130]

²⁹⁰ Das sind Gespräche der Ärzte untereinander – fast immer auch im Austausch mit der Pflege – über das weitere therapeutische Vorgehen. Diese Gespräche werden geführt vor dem Hintergrund einer schon seit längerer Zeit ausgebliebenen gesundheitlichen Stabilisierung oder gar Verbesserung des Patienten – trotz Ausspielung der intensivmedizinisch zur Verfügung stehenden Maßnahmen. Gegenstand der Diskussion ist meist die Therapiebegrenzung im Sinne eines Verzichts auf eine weitere Therapieeskalation, beispielsweise durch Dialyse oder Reanimation. Oft rückt dann die palliativmedizinische Versorgung in den Vordergrund. Der Inhalt dieses Gespräches wird dann in der Regel in einem zweiten Schritt mit den Angehörigen, respektive dem gesetzlichen Vertreter, besprochen.

So ziehen die Autoren das Fazit, daß die Patientenverfügung zwar hilfreich wäre, den DNR-Status festzulegen, auf die sonstigen Therapieentscheidungen auf einer Intensivstation aber allenfalls einen kleinen Einfluß aufweise:

“Our findings suggest that ADs may be helpful in considering the resuscitation status, but seemed to have little influence on other treatment decisions.” [HARTOG et al. (2014), S. 131]

Oben genannten Befund bestätigt auch eine ältere Studie aus Jena:

„Bei entscheidungsunfähigen ITS [Intensivstation]-Patienten entspricht die Therapie oft nicht den in der Patientenverfügung im einzelnen geäußerten Wünschen. Unter den Bedingungen der Hochleistungsmedizin sind Patientenverfügungen allein nicht geeignet, den Patientenwillen umzusetzen.“ [PESCHEL et al. (2012)]

Aber warum kommt der Patientenverfügung auf der Intensivstation diese geringe Bedeutung zu? Nach Auskunft der Ärzte sind zwei Erklärungen denkbar. Zum einen erledigt sich so manche in der Patientenverfügung getroffene Anweisung einfach mit der dann zu diesem Zeitpunkt ohnehin *fehlenden medizinischen Indikation*:

„Eine die Behandlung ablehnende Patientenverfügung bezieht sich in der Phase der palliativmedizinischen Versorgung in den meisten Fällen auf Maßnahmen, die bereits bei der Prüfung der medizinischen Indikation nicht mehr situationsgemäß sind. Folglich ist in der Situation der Sterbephase eine behandlungsablehnende Patientenverfügung oft nur eine Bestätigung der bereits aus medizinischen Erwägungen getroffenen ärztlichen Entscheidung.“ [MAY/BROKMANN (2010), S. 123]

Zum anderen ist es die *Komplexität der intensivmedizinischen Behandlung*, die der Beratung zur Abfassung einer Patientenverfügung – und damit ihrer Paßgenauigkeit – Grenzen setzt:

„Obwohl sich Patienten durch Krankheitserfahrung, Erlebnisse oder eigene Auseinandersetzung auch mit selteneren Interventionen und Behandlungszusammenhängen beschäftigt haben können, setzt die Komplexität der intensivmedizinischen Behandlung der Möglichkeit einer vollumfänglichen Information und Beratung Grenzen.“ [MAY/BROKMANN (2010), S. 121]

In diese Richtung, daß der Patient schlichtweg die Komplexität der Intensivtherapie in einer Patientenverfügung nicht antizipieren kann, geht auch die Einschätzung eines anderen Intensivmediziners:

“In treating critically ill patients we are practicing medicine with a high burden of unpredictability, uncertainty and complex circumstances. Thus there are so many variables in critical care a patient really cannot oversee when he is planning his end-of-lifetime issues.” [GRAW et al. (2012), S. 6]

Die Erfahrungen des letztgenannten Autors im Rahmen seiner Studie zur Patientenverfügung zeigen ein Kuriosum: nicht die Selbstbestimmung konnte mit dem neuen Gesetz vermehrt werden – sondern der Dokumentationsaufwand(!):

“Our results indicate that documentation efforts and participation of residents in EOLDs have increased with the new law. While primarily aiming to strengthen the value of advance directives the new law has emphasized the importance of documenting discussions with family members to improve patient care.” [GRAW et al. (2012), S. 6f.]

Wenn der Gesetzgeber mit dem Anspruch aufgetreten ist, die Selbstbestimmung am Lebensende gerade auf der Intensivstation mittels der Patientenverfügung zu stärken, so kann ihm teilweise – zumindest aus ärztlicher Sicht – bereits an dieser Stelle das diesbezügliche Scheitern attestiert werden.

Interessanterweise findet sich in der Analyse nur eine Aussage, die auf den ethischen Konflikt zwischen Patientenverfügung und der im Rahmen der Intensivmedizin vorgenommenen Organspende hinweist. Möglicherweise haben die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung das Verhältnis beider klärend ordnen können.

(6) Patientenverfügungen für die Notfallmedizin ungeeignet

Auch hier zeigt sich ein Kuriosum: rund 75% der zum Thema Patientenverfügung und Notfallmedizin gefundenen Aussagen entstammen der Feder eines Facharztes für Allgemeinmedizin, Psychotherapie und Palliativmedizin: Jürgen in der Schmitt. Auch die in

zwei großen Aufsätzen zitierten Co-Autoren sind sämtlich „Branchen“-Fremde. Das soll nun nicht heißen, daß nicht auch ein Fachfremder etwas Richtiges über Notfallmedizin schreiben könnte; genannter Hinweis möchte beim Thema Notfallmedizin nur auf eine Schieflage im Verhältnis zwischen Praktiker- und Akademikerdiskurs aufmerksam machen.

Kommen wir zu den Ergebnissen der Analyse. Auch hier findet sich in allen 33 Aussagen im Zusammenhang mit der Notfallmedizin einhellig die Feststellung, daß in diesem Kontext die Patientenverfügung unbrauchbar sei. Das hat mehrere Gründe.

Ein (weiter oben schon vorgestellter) Grund wird mit der *unzureichenden Qualität* der Patientenverfügungen angegeben:

„Angesichts der Qualität eines Großteils der bis heute verbreiteten Patientenverfügungen ist davon auszugehen, daß dies [der Versuch der Lebensrettung zumindest bis zum Eintreffen des Notarztes] derzeit den Regelfall darstellt.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 454]

Seine ehemalige Doktorandin hebt hervor, daß die schlechte Qualität der Patientenverfügung im Zusammenhang eines rettungsdienstlichen Einsatzes insbesondere in der Nicht-Regelung von Notfällen bestehe:

„Die [...] Aussagekraft der Verfügungen war beschränkt; insbesondere blieben typische Notfälle mit akut auftretender Nichteinwilligungsfähigkeit meist ungeregelt.“ [SOMMER et al. (2012): A 582]

Daß in der Akutsituation dann meist doch die Lebensrettung im Vordergrund steht, glaubt auch der Intensivmediziner Salomon:

„In der Notfallmedizin hilft die Patientenverfügung oder eine Betreuung nur in seltenen Fällen, weil angesichts der in der Regel unzureichenden Informationen, die dem Notfallteam zur Verfügung stehen, zunächst im Zweifel alle Maßnahmen ergriffen werden müssen, die auf eine Erhaltung der Vitalfunktionen ausgerichtet ist.“ [SALOMON (2010), S. 184]

Weitere Probleme der Umsetzbarkeit von Patientenverfügungen in Akutsituationen seien die *prognosekonditionierten Aussagen* – eine Prognoseabschätzung sei im Notfall aber schlechterdings nicht leistbar – sowie die *fehlende Zeit*.

„[Es] läßt sich sagen, daß die in Deutschland bisher verbreiteten Patientenverfügungen in Notfallsituationen regelmäßig nicht anwendbar sind, da sie – wenn sie überhaupt konkret werden – meist Handlungsanweisungen an prognostische Einschätzungen knüpfen (wenn Zustand X mit Prognose Y, dann Handlung Z). In einer Notfallsituation (z.B. Koma bei Verdacht auf Schlaganfall) stehen jedoch weder die zur Prognoseeinschätzung nötigen Informationen noch die für die Interpretation eines solchen Behandlungswunsches erforderliche Zeit und Ruhe zur Verfügung. Insbesondere die verbreiteten Textpassagen, die sich auf einen (voraussichtlich) irreversiblen Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder gar auf einen ‚irreversiblen Sterbeprozess‘ beziehen, sind aus diesen Gründen für die meist durch Unwägbarkeit gekennzeichnete Notfallsituation unbrauchbar.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 452]

Der Autorschlußfolgert daher:

„Im Rettungsdienst [...] bleiben Patientenverfügungen meist unberücksichtigt.“ [IN DER SCHMITTEN et al. (2011), S. 448]

Das Thema Zeit – oder besser: fehlende Zeit – wird an genau neun Stellen genannt (Verhältnis 5 : 4 von Praktikern zu Akademikern). In der Darstellung dominiert jeweils der Aspekt eines Mangels an Zeit: „zu zeitintensiv“, „fehlende Zeit“, „Zeitmangel“, „Zeitdruck“, „kurze Zeit“, „[nicht mögliche] Zeitinvestition“ und – siehe obiges Zitat – „die erforderliche Zeit und Ruhe stehen nicht zur Verfügung“. Nur ein einziges Mal findet sich eine gegenteilige Stellungnahme, und zwar:

„Die besondere Situation der zeitkritischen Versorgung spricht nicht automatisch gegen die Überprüfung und Akzeptanz einer Patientenverfügung oder die Ermittlung des Patientenwillens.“ [MAY/BROKMANN (2010), S. 124]

Es darf nach Auswertung aller Aussagen angenommen werden, daß im Regelfall die zur sorgfältigen Auslegung und Anwendung einer (unbekannten) Patientenverfügung erforderliche Zeit nicht vorhanden ist – und also die Patientenverfügung für Notfälle nicht praktikabel erscheint.

Einen wichtigen Hinweis gibt der Notfallmediziner Trzeciak, wenn er schreibt, daß die Leitlinien und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung für den akuten Behandlungsfall in der Notaufnahme nicht geeignet sind:

„Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Leitlinien und Empfehlungen [der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Anm. d. A.] zwar für den Verlauf der Behandlung hilfreich sein können, aber für den Beginn therapeutischer Maßnahmen in der Notaufnahme nicht praktikabel sind. Patientenverfügungen sollten für diese Situation eine Entscheidungshilfe darstellen. Doch der Arzt, der bereits mehreren praktischen Problemen gegenübersteht, die in der kurzen Zeit der Notfallsituation schwierig zu lösen sind, muß auch interpretieren, was die Patientenverfügung über die mutmaßliche Patientenpräferenz in der gegebenen Situation aussagt. Man hat es also nicht nur mit medizinischen, sondern auch ethischen Entscheidungen zu tun, die eine gewisse Routine im Umgang mit den Formulierungen einer Patientenverfügung voraussetzt. Gefragt sind also ethische Kompetenz und praktische Erfahrung.“ [TRZECZAK (2013): A 707]

Aus diesem Dilemma des schwierigen Umgangs mit Patientenverfügungen im Akutfall hält er zwei mögliche Lösungswege für vorstellbar:

„1. Die Suche nach Kriterien und Handlungsempfehlungen, die es auch dem jungen Arzt in einer Notfallsituation ermöglichen, medizinisch korrekt und ethisch sinnvoll im Sinne des Patienten zu agieren, 2. die Schulung der in der Notfallmedizin Tätigen auf medizinischem, rechtlichem, moralisch-menschlichem und philosophisch-ethischem Gebiet, so daß sie solchen Situationen fachlich und menschlich gewachsen sind.“ [TRZECZAK (2013): A 707]

Am ehesten scheint ihm „eine Mischung aus beiden Lösungswegen sinnvoll zu sein“ [TRZECZAK (2013): A 707].

Interessanterweise spricht sich mit Padberg auch ein anderer Notfallmediziner in diese Richtung aus. Auch in seiner Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) sei als Grund für die Schwierigkeiten der Ärzte im Umgang mit der Patientenverfügung die „fehlende Schulung“ [PADBERG et al. (2014), S. 5] genannt worden.

Möglicherweise handelt es sich hier um ein häufiger auftretendes Problem, zumal auch in der Studie von Wiese die Ärzte klare Kriterien für die Aussagekraft und damit Geltung der vorliegenden Verfügung wünschen:

“In the present investigation, only 39% of the EPs [emergency physicians] followed the patients’ wishes (for example, to limit therapy). Furthermore, the respondents want clear indications that the presumed will of the patient corresponds to the will expressed in the advance directive.” [WIESE et al. (2011), S. 177]

(7) Schwierige Ermittlung des mutmaßlichen Willens

Daß dieser Punkt bei den Schwächen eingeordnet wurde, mag überraschen. Denn im Zusammenhang mit dem mutmaßlichen Willen war weiter oben noch von Stärken des Patientenverfügungsgesetzes die Sprache. Tatsächlich fanden sich drei Aussagen, die in diese Richtung gingen. Allerdings sind im Verhältnis dazu die zwölf Aussagen zu sehen, die die damit verbundenen Schwierigkeiten betonen.

Nach Auskunft der Akutmediziner, die an der Onlinebefragung zum Thema Patientenverfügung teilgenommen hatten, wurde die „schwierige Ermittlung des mutmaßlichen Willens“ [PADBERG et al. (2014), S. 4] als ein Problem dargestellt. Gründe wurden weiter jedoch nicht genannt. Aus den übrigen analysierten Wortmeldungen ist aber zu entnehmen, daß es insbesondere zwei Probleme bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens gibt: praktische und soziale.

α Praktische Probleme

Zu den praktischen Problemen gehört, daß der mutmaßliche Wille – einfach weil er nicht gewußt, sondern nur vermutet werden kann – einer erhöhten Irrtumsgefahr unterliegt:

„Da [bei Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens, Anm. d. A.] der Wille des Patienten aber nur ‚vermutet‘ werden kann, ist er mit einer erhöhten Irrtumsgefahr verbunden.“ [MARCKMANN et al. (2010), S. 572]

Dies bestätigt sich auch in der bereits mehrfach zitierten Studie zu Beratungsseminaren aus dem Hause Sahm:

„[Es] blieben nach sorgfältiger Auslegung der Verfügung erhebliche Zweifel, welchen Behandlungsauftrag der bewußtlose Patient in der nun vorliegenden Situation erteilen bzw. nicht erteilen wollte.“ [SCHÖFFNER et al. (2012), S. 488]

In der Konsequenz dieser Aussage überrascht es nicht, daß – wie bereits weiter oben dargelegt wurde – die Auslegung einer Patientenverfügung häufig in ein Ethikkomitee mündet.

β Soziale Probleme: die Angehörigen

Das zweite – soziale – Problem bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind nach einer Interviewstudie von Ärzten des Münchener Ludwig-Maximilians-Universitätsklinikums erstaunlicherweise die Angehörigen:

„Am häufigsten wurden in unserer Studie praktische und soziale Probleme bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens genannt. Offenbar liegen die ‚konkreten Anhaltspunkte‘, die das Gesetz fordert, in vielen Fällen nicht vor, sondern die Angehörigen haben aus ihrer biographischen und emotionalen Verbundenheit mit dem Patienten heraus die Gewissheit, sie wüssten, was dieser wollen würde. Selbst wenn sie von konkreten früheren Äußerungen des Patienten berichten, sind diese für die Kliniker im Normalfall nicht nachprüfbar. Die Ärzte können allenfalls die aktuelle Glaubwürdigkeit des berichtenden Angehörigen einschätzen und mit den Berichten anderer Angehöriger abgleichen. Wissenschaftlich ist es nicht erwiesen, daß der mutmaßliche Wille genauer getroffen werden kann, wenn man konkrete Anhaltspunkte hat: Sogar frühere Familiengespräche zu Therapiepräferenzen führten nicht in allen Studien zu einer erhöhten Treffergenauigkeit der Willensmutmaßung.“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 11f]

Tatsächlich aber sei nur in rund zwei Drittel aller Fälle der gemutmaßte mit dem tatsächlichen Patientenwillen kongruent:

„Studien zum Entscheidungsverhalten der Angehörigen und Rechtsvertreter der Patienten ergaben, daß neben dem mutmaßlichen Willen oft andere Aspekte eine Rolle spielen und daß der von Angehörigen gemutmaßte Wille mit dem tatsächlichen Patientenwillen statistisch nur in 68% der Fälle übereinstimmt.“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 3]

Problematisch sei die Entscheidungsfindung insbesondere dann, wenn Uneinigkeit in der Familie bestünde und

„mehrere Angehörige gleichberechtigt vom Patienten bevollmächtigt wurden“ [ZIEGLER (2011), S. 51].

y Traumatisierung der Angehörigen durch stellvertretende Entscheidung

Vier Aussagen unterschiedlicher Provenienz thematisieren die Traumatisierung der Angehörigen durch stellvertretende Entscheidungen. Zu solchen stellvertretenden Entscheidungen kommt es immer dann, wenn einerseits – natürlich – die Angehörigen die rechtlichen Vertreter sind, und andererseits nach dem mutmaßlichen Willen entschieden werden muß. Das ist immer dann der Fall, wenn die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation nicht in der Patientenverfügung abgebildet wird.

Das häufig von Borasio vorgebrachte Argument, stellvertretende Therapieentscheidungen würden Angehörige belasten, ist in einer systematischen Übersichtsarbeit²⁹¹ bestätigt worden, die von Schaidler zitiert wird:

„Eine systematische Übersicht empirischer Studien ergab indes, daß ein Drittel der Angehörigen, die stellvertretend medizinische Entscheidungen treffen, negative psychologische Folgen erleiden, v.a. Streß, Schuldgefühle und Zweifel.“ [SCHAIDER et al. (2013), S. 11]

Analog zur Patientenverfügung dürften sich aber auch aus dem Instrument der Betreuungsverfügung bzw. Vorsorgevollmacht durch stellvertretende Entscheidungen Belastungen für die Angehörigen ergeben.

²⁹¹ David Wendler; Annette Rid: “Systematic Review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others.” In: *Annals of Internal Medicine* 2011 (Jg. 154), Heft 5, S. 336 - 346.

Aufgrund ihrer besonderen Belastung empfiehlt Jox daher weitergehende Unterstützungsmöglichkeiten:

„Die besondere Belastung der Angehörigen durch ihre Rolle als stellvertretende Entscheider sollte dazu führen, in Zukunft mehr Unterstützungsmöglichkeit für sie zu entwickeln.“ [Jox (2012b), S. 46]

Leider wird er mit seinem Vorschlag nicht konkreter. Unabhängig von letztgenanntem Autor böte sicherlich ein klinisches Ethikkomitee eine solche Unterstützungsmöglichkeit für die Angehörigen. Denn es ist gemeinhin in einem solchen Gremium die Patientensicht stärker vertreten, da es sich aus einem möglichst breiten Querschnitt der im Gesundheitssystem vertretenen Berufe zusammensetzt – und also nicht nur Ärzte stimmberechtigte Mitglieder sind.

d) Diskursanalyse

Auch an dieser Stelle soll ein Augenmerk auf die Autoren hinter den Argumenten gerichtet werden. Mit Blick auf nachstehende Tabelle lassen sich folgende drei Feststellungen machen:

Codesystem – Einstellungen zur PV	Alle Beiträge	Diskutant praktisch	Diskutant akademisch	Leserbriefe
STÄRKEN				
PV als zeitgemäßes Instrument	2		2	
PV als Instrument des Dialogs	5	4	1	
PV ermöglicht Mitbestimmung	3	1	2	
Schutz vor Aggressivität der Medizin	8	1	7	
PV als Entlastung	16	10	6	
PV als Chance für die psychiatrische Behandlung	8	4	4	
SCHWÄCHEN				
ALLGEMEIN				
Falsches Menschenbild	5	2	3	3
Autonomieanspruch als Ideologie	16	6	10	1
Verneinung verzichtvollen Lebens	6	1	5	1
Gefahr des Automatismus durch PV	10	3	7	
Formulare statt Ethik	10	8	2	2

Codesystem – Einstellungen zur PV	Alle Beiträge	Diskutant praktisch	Diskutant akademisch	Leserbriefe
SPEZIELL				
Erstellung von PV als Überforderung für Pat.	22	15	7	2
Thema Autonomie unterrepräsentiert bei Pat.	6	3	3	
PV als Falle	28	17	11	
Geringe/keine Relevanz von PV auf Behandlung	87	30	57	
PV für Intensivmedizin irrelevant	14	13	1	
PV für Notfallmedizin ungeeignet	33	15	18	
Schwierige Ermittlung des mutmaßlichen Willens	16	8	8	

1. Bis auf das Thema „Die Patientenverfügung als Entlastung“ werden die Stärken mehrheitlich von den akademisch tätigen Ärzten mit medizinethischem Hintergrund genannt. Möglicherweise ist Ursache für diesen Unterschied ein größerer Praxisbezug der Kliniker und die darin erfahrene Untauglichkeit der Patientenverfügung zur Lösung konkreter Probleme.

2. Auch bei den allgemeinen Schwächen sind mehrheitlich die Medizinethiker vertreten. Hier ist es allen voran der Freiburger Maio, der auf den überspannten Autonomiebegriff und die der Patientenverfügung innewohnende Abwertung verzichtvollen Lebens hinweist. Auch der Inhalt der Leserbriefe dreht sich mehr um Schwächen der Patientenverfügung.

3. Eine klare Dominanz der Praktiker zeigt sich bei den speziellen Schwächen der Patientenverfügung. Auch hier ist es möglicherweise der größere Praxisbezug, der eher Schwierigkeiten im Umgang mit der Patientenverfügung feststellen läßt. Hinter der großen Anzahl von Aussagen von eher akademisch tätigen Diskutanten beim Punkt „Patientenverfügungen ohne Relevanz auf Behandlungsentscheidungen“ verbergen sich 27 Aussagen, die im Rahmen der Präsentation von Studienergebnissen getätigt wurden. Es handelt sich also um einen Punkt, der gut untersucht wurde. Ebenfalls im Rahmen von Studienvorstellungen konnten jeweils zwölf Aussagen für das Verhältnis Patientenverfügung und Intensiv- bzw. Notfallmedizin zusammengetragen werden. Sie alle zeigen mehr oder weniger die relative Unbrauchbarkeit der Patientenverfügung bei Therapieentscheidungen.

3.3 Zusammenfassung

Es wurde mit Blick auf die Gesetzesdebatte in Kapitel 2.10 bereits die allgemeine Frage gestellt, ob sich durch das Gesetz selbst und durch die in den letzten Jahren gewonnenen Erfahrungen die Debatte um die Patientenverfügung verändert hat. Tatsächlich ist festzustellen, daß sich eine vorgesetzliche Debatte von einer nachgesetzlichen Debatte unterscheiden läßt. Spielte in der Debatte vor Gesetzesbeschluß das Thema Reichweitenbegrenzung eine große Rolle, so hat dieser Aspekt nach Gesetzesbeschluß an Bedeutung verloren; stark gewonnen hat der Themenkomplex „Patientenverfügung und Psychiatrie“. Auch kann aus der klinischen Praxis heraus der befürchtete Zusammenhang, daß sich aus der fehlenden Reichweitenbegrenzung eine Euthanasiepraxis etablieren werde, nicht bestätigt werden.²⁹² Allerdings zeigt sich an den aktuellen Entwicklungen in der durch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe losgetretenen Sterbehilfedebatte, daß die Betonung der Selbstbestimmung neue Ansprüche gebiert: die Freigabe des ärztlich assistierten Suizids (wenn auch unter bestimmten Bedingungen).²⁹³

Welche Inhalte der ärztlichen Debatte um die Patientenverfügung konnten weiter identifiziert werden? Wendet man sich zunächst der Analyse der Einstellungen von Ärzten zum *Patientenverfügungsgesetz* zu, so zeigt diese, daß die mit dem Gesetz gewonnene Rechtssicherheit als großer Vorteil angesehen wird. Hier ist das selbstgesteckte Ziel des Gesetzgebers erreicht worden.

Gerade die Aussagen zur *Minderung der Patientenautonomie* durch ein fehlendes verpflichtendes Beratungsangebot und eine fehlende Aktualisierungspflicht weisen darauf hin, worunter die Patientenverfügung von ihren gesetzlichen Voraussetzungen her leidet. Gerade aber durch das Fehlen eines verpflichtenden Beratungsangebotes ist denn auch das Hauptproblem durch das Patientenverfügungsgesetz weiter nicht gelöst: aufgrund fehlender Paßgenauigkeit für die

²⁹² Vgl. HAHNEN (2010), S. 33ff.

²⁹³ Siehe dazu Kapitel 5.2 („Die Selbstbestimmung am Lebensende“).

aktuelle Lebens- und Behandlungssituation bleibt der Einfluß der Patientenverfügung auf Therapieentscheidungen weiter gering.

Daß das Gesetz – bei gegenteiliger Intention – auch die *Gefahr der Fremdbestimmung* in sich birgt, ist eigens hervorzuheben. Allerdings scheint es sich mehr um ein grundsätzliches Bedenken dem Gesetz gegenüber zu handeln, als eine Tatsache, die die klinische Erfahrung lehrt (siehe unten).

Im anschließenden Kapitel wird daher der Frage nachgegangen, ob es letztlich (auch) diese Baufehler des Gesetzgebers sind, weshalb in der Praxis ärztlicherseits zumeist ein Scheitern der Patientenverfügung wahrgenommen wird.

Welche Schlußfolgerung läßt sich hingegen aus den Einstellungen der Ärzte zur *Patientenverfügung* ziehen? Es sind mit Blick auf die Ergebnisse der Analyse die folgenden:

Allen voran steht die Wahrnehmung der Ärzte, daß die Zahl an Patientenverfügungen – zumindest in Einrichtungen des Gesundheitswesens – nach Inkrafttreten des Gesetzes kaum größer geworden ist. Von den ärztlichen Befürwortern der Patientenverfügung wird vermutet, daß die tatsächliche Zahl der Patientenverfügungen größer sei, diese aber aufgrund von mangelnder Kommunikation mit Angehörigen oder Verantwortlichen des Gesundheitssystems nur nicht gefunden und damit nicht vorgelegt werden können. Ein Beweis für diese These wird nicht erbracht.

Die Analyse der ärztlichen Stellungnahmen weist aber auf noch etwas viel Entscheidenderes für die Relevanz der Patientenverfügung hin: Die Patientenverfügung wird von Patienten in ihrer *Wirkung auf Behandlungsentscheidungen* am Lebensende offensichtlich *überschätzt*. Gerade im Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin zeigt sich, daß Patientenverfügungen nahezu ohne Relevanz sind. Für die Intensivmedizin läßt sich darüber hinaus sagen, daß mit der Patientenverfügung nicht die Selbstbestimmung des Patienten, sondern lediglich der Dokumentationsaufwand für die Ärzte gesteigert werden konnte. Dieses Ergebnis ist umso erstaunlicher, da doch die Patientenverfügung stets mit dem Anspruch versehen wurde, gerade am Lebensende vor dem Übergriff einer „Apparatemedizin“ schützen zu können.

Weiter wurde der Patientenverfügung auch von Seiten der Notfallmedizin das Zeugnis der (relativen) Unbrauchbarkeit ausgestellt. Da es die Akutmedizin oftmals mit zeitkritischen Situationen zu tun habe, sei nach Auskunft der Notfallmediziner dadurch die Berücksichtigung von Patientenverfügungen meist nicht möglich. Es zeigte sich weiter, daß bei den Notfallmedizinern häufig auch Unsicherheit besteht, wie mit einer Patientenverfügung umgegangen werden soll. Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung seien diesbezüglich nicht hilfreich. Gefordert wird daher die Erstellung von Handlungsempfehlungen und mehr Schulungen zum Thema.

Auch für den Bereich der Onkologie werde das Instrument der Patientenverfügung – zumindest für Ärzte – überschätzt. Denn meist sei der weitere Verlauf für alle Beteiligten absehbar und in Gesprächen (Nicht-)Behandlungswünsche klärbar – die Notwendigkeit einer Vorausverfügung erübrige sich.

Einer Befragung²⁹⁴ zufolge ergeben sich Hinweise, daß Patienten Selbstbestimmung nicht als Widerspruch zu ärztlicher Fürsorge verstehen: Der überwiegende Teil der Befragten glaubte sich bei seinem Arzt und seinen Angehörigen in schwierigsten Lebensendsituationen gut aufgehoben.

Für die Psychiatrie scheinen sich aus dem Instrument der Patientenverfügung fast nur Nachteile zu ergeben. Hier ist es insbesondere das Problem des „Einsperrens ohne Therapie“ bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung im Rahmen einer psychischen Krise, das durch die Einführung der Patientenverfügung in Verbindung mit der sich weiter entwickelnden Rechtsprechung überhaupt erst möglich wurde. Es wurde vorgetragen, daß sich aus der beabsichtigten Stärkung der Selbstbestimmung eine für die betroffenen Patienten letztlich inhumane Situation ergebe. Konsequenterweise wird geschlußfolgert, dies sei die Folge der konträren Positionen von Psychiatern bzw. Neurologen einerseits und Juristen andererseits: Juristen fokussierten stärker auf die Gefährdung der Persönlichkeit durch staatliche Übergriffe und verteidigten

²⁹⁴ GEITNER (2011).

Abwehrrechte von Individuen, während Psychiater und Neurologen stärker die Gefährdung der Persönlichkeit durch psychische und neurologische Erkrankungen im Blick hätten. Von Seiten der Psychiater wird daher an den Gesetzgeber appelliert, hier Klärung zu schaffen – zumal divergierende Unterbringungsgesetze der Länder zu Rechtsunsicherheiten führen. Aufgrund der hohen ethischen, rechtlichen und klinischen Bedeutung einer sicheren Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des psychiatrischen Patienten bestehe weiterer Klärungs- und Forschungsbedarf. Es bedürfe offensichtlich einer Verständigung innerhalb der psychiatrischen Profession über die zu verwendenden Standards, Schwellenwerte und Qualitätssicherung.

Des weiteren wird von den Ärzten einhellig eine ärztliche Beratung gefordert. Ohne diese scheint dem Patienten eine Antizipation späterer Entscheidungen grundsätzlich kaum möglich. So sei er daher zum einen überfordert, eine die späteren Behandler bindende Patientenverfügung abzufassen (Stichwort „Paßgenauigkeit“) – die Patientenverfügung weise daher einen illusionären Charakter auf. Zum anderen entwickle sich die Patientenverfügung ohne Beratung unter Umständen zur Falle, da der Patient in Unkenntnis des medizinischen Sachverhaltes sinnvolle Maßnahmen ablehnen und sich damit selbst schaden könne. Dies führe in der Akutmedizin möglicherweise zu einem ethischen Dilemma, wenn beispielsweise Antibiotika oder eine (transiente) Nierenersatztherapie abgelehnt würden. Aber vor allem drohe im Rahmen der Demenz, der Patient Opfer seines vorausverfügten Willens zu werden, wenn er für diese Situation beispielsweise Nahrung und Flüssigkeit ablehne – obwohl er trotz seiner Erkrankung Zeichen des Wohlbefindens äußere. Es wurde gegen den Gesetzgeber die Forderung erhoben, für diesen ethischen Konflikt eine Lösung der Situationsanwendung der Patientenverfügung zu erarbeiten.

Auch die fehlende Aktualisierungspflicht beinhaltet das Risiko, daß der Patient zum Gefangenen seines vorausverfügten Willens wird. In einer Studie²⁹⁵ konnte gezeigt werden, daß die meisten Patienten sich nicht an den Inhalt ihrer Verfügung erinnerten.

²⁹⁵ DRIEHORST (2011).

Für die Rolle der Angehörigen läßt sich aus den analysierten Aussagen schließen, daß sich für sie als stellvertretende Entscheider eine besondere Belastung ergibt. Die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen können den Angehörigen Behandlungsentscheidungen erleichtern. Aufgrund ihrer Belastung wurde empfohlen, Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen zu fördern. Für den – vom Gesetzgeber nicht geregelten – Konfliktfall einer dem Angehörigenwunsch widersprechenden ärztlichen Indikation wird ein Ethikonsil empfohlen.

Interessanterweise konnte im Rahmen der Analyse nur eine Aussage zum ethischen Spannungsverhältnis Verhältnis von Patientenverfügung zu Organspende gefunden werden. Möglicherweise besteht nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer in dieser Hinsicht kein weiterer Klärungsbedarf.

3.4 Der Anspruch des Gesetzgebers an die Patientenverfügung – der ärztliche Standpunkt

Die leitende Frage vorliegender Arbeit lautet: führt aus ärztlicher Sicht das Gesetz zur Patientenverfügung tatsächlich zu einer Stärkung der Patientenautonomie und mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten – wie es das erklärte Ziel des Gesetzgebers war? Und falls nein, was sind die aus der Ärzteschaft hierfür vorgebrachten Gründe?

Zunächst soll auf die letztgenannte Problematik eingegangen werden, da hier die Beantwortung leichter fällt. Es ist – laut der vorliegenden Aussagen – einhellige Ansicht der Ärzte, daß das Gesetz tatsächlich eine größere Rechtssicherheit im Umgang mit dem Instrument der Patientenverfügung hat herstellen können. Insbesondere die verfahrensrechtlichen Bestimmungen wurden als klärend wahrgenommen.

Die Rechtssicherheit gemehrt zu haben, kann der Gesetzgeber daher für sich als Erfolg verbuchen. Der Prognose des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Hoppe, „daß eine detaillierte gesetzliche Regelung mehr Schaden anrichtet als nutzt [...] und zu mehr

Rechtsunsicherheit führen würde, wo längst Rechtsklarheit besteht“²⁹⁶ kann deshalb nicht zugestimmt werden.

Anders verhält es sich beim Thema Selbstbestimmung. Hier zeigen die Ergebnisse der Analyse, daß der Anspruch des Gesetzgebers, mittels der Patientenverfügung die Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende zu stärken, nicht eingelöst werden konnte. Im besonderen zeigt sich in der klinischen Praxis, daß die Patientenverfügung bei Therapieentscheidungen am Lebensende – vor allem im Rahmen der Intensivmedizin – nahezu keine Rolle spielt. Hier ist es vielmehr die medizinische Prognose über den weiteren Krankheitsverlauf, die als Grund für eine Therapiebegrenzung fungiert. Zudem ist es speziell bei Patienten mit einer Demenzerkrankung so, daß Therapieentscheidungen eher von anderen Kriterien bestimmt werden als den vom Gesetz verlangten (Stichwort „natürlicher Wille“). Im Rahmen der Notfallmedizin macht – zumindest nach der deutlichen Mehrheit der Stellungnahmen – schlicht die mangelnde Zeit eine sorgfältige Auslegung und Berücksichtigung der Patientenverfügung unmöglich.

Trägt möglicherweise der Gesetzgeber durch die Ausgestaltung seines Gesetzes mit dazu bei, daß Patientenverfügungen meist unberücksichtigt bleiben? Wenn überhaupt eine Antwort hierauf im Rückgriff auf diese Analyse möglich ist – keiner der Diskutanten äußert sich speziell zu dieser Frage –, so ist der Grund für die mangelnde Relevanz der Patientenverfügung für Behandlungsentscheidungen möglicherweise in der fehlenden Aufklärungspflicht zu suchen. Dieser – wenn man so sagen will – „Konstruktionsfehler“ des Gesetzes bedingt eine schlechte Qualität der Patientenverfügung, so daß diese oft nur als bloßes Indiz für den Patientenwillen fungiert. Hier wäre sicher der Gesetzgeber im Rahmen einer Gesetzesnovelle gefordert, wenigstens ein verpflichtendes Aufklärungsangebot einzuführen. Dieses hätte auch für die (zumeist Haus-)Ärzte den Vorteil, die zeitaufwendige Beratung zur Abfassung einer Patientenverfügung vergütet zu bekommen.

²⁹⁶ HOPPE/MONTGOMERY (2009), S. 1.

Dennoch sind mit einer noch so umfangreichen Beratung die prinzipiellen Schwierigkeiten nicht aus der Welt zu schaffen, die sich mit der für die Abfassung einer Patientenverfügung notwendigen Antizipation ergeben. Erinnerung sei nochmals an die „Gretchenfrage“ jeder Regelung zur Bindungswirkung von Patientenverfügungen: „Kann man die antizipative Erklärung ‚Wenn später einmal ein bestimmter Zustand eintritt, möchte ich, daß die Handlung X unterbleibt‘ wirklich kurzerhand empirisch und normativ gleichsetzen mit der Äußerung eines in der konkreten Entscheidungssituation einsichts- und entscheidungsfähigen Patienten?“²⁹⁷ Problem ist und bleibt, daß die Patientenverfügung rechtlich verbindliche Entscheidungen für konkrete Situationen in der Zukunft ermöglicht, was sich aber de facto in der Realität zumeist als nicht realisierbar erweist – zumindest nicht in dem Maße, wie es der Gesetzgeber bestimmt hat (siehe Komplexität der intensivmedizinischen Behandlung).

Zeigt sich auf den Gebieten der Intensiv-, der Notfallmedizin und bei Demenzkranken lediglich die fehlende Relevanz der Patientenverfügung, so ist die Situation bei psychisch erkrankten Patienten wesentlich dramatischer. Hier wird nicht nur nicht der Anspruch des Gesetzgebers, die Selbstbestimmung zu stärken, nicht erfüllt; hier verkehrt sich dieser Anspruch in sein Gegenteil: für diese Patienten folgt für den Fall einer akuten Krankheitsexazerbation aus dem neuen Gesetz eventuell eine inhumane Situation durch die mögliche Konsequenz eines „Einsperrens ohne Therapie“. Eine Lösung des Gesetzgebers wird daher für dringend geboten gehalten.

Alles in allem scheint es sich bei dem mit der Patientenverfügung vertretenen Anspruch einer Stärkung der Selbstbestimmung um eine politisch beförderte Illusion zu handeln – oder um es mit den Worten des Heidelberger Medizinethikers Bauer zu sagen –:

„Unser persönlicher Entscheidungsspielraum am Ende des Lebens wird trotz aller rechtlichen Vorsorgeinstrumente sehr begrenzt sein. Diese bittere, aber durch kein noch so ausgeklügeltes formales Verfahren aus der Welt zu schaffende Tatsache müssen sich Ärzte, Patienten, Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige, letztlich wir alle, uns rechtzeitig vor Augen führen. Die meisten

²⁹⁷ HÖFLING (2011), S. 14

Menschen werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht selbstbestimmt sterben, wie es vermeintliche Idealvorstellungen aus Politik, Recht und Ethik gegenwärtig einfordern.“ [BAUER (2009b), S. 181]

4. Diskussion

Nach der Vorstellung der Ergebnisse wird in diesem Kapitel dargelegt, was diese für die nichtärztliche Diskussion um die Patientenverfügung bedeuten. Bevor daher an dieser Stelle über die Stärken vorliegender Arbeit gesprochen wird, soll in einem vorangestellten Methodenkapitel vorab auf die Limitationen der ihr zugrundeliegenden Methode der qualitativen Inhaltsanalyse eingegangen werden.

4.1 Kritische Betrachtung der Methodik

Zunächst wird die Auswahl der Beiträge analysiert. Im Anschluß daran werden die methodisch bedingten Limitationen der Arbeit vorgestellt.

a) Suche und Auswahl der Beiträge

Die Auswahl der in die Analyse eingegangenen Beiträge geschah mittels ungleichartiger Vorgehensweisen. Denn zum einen erfolgte insgesamt zweimal eine Datenbankrecherche; in der Literaturliste der gefundenen Beiträge wurden dann aber nach dem Schneeballprinzip weitere zur Analyse passende Beiträge rekrutiert. Zum anderen wurde in den elektronischen Zeitschriftensammlungen der Verlage Thieme und Springer eine Titel- bzw. Volltextsuche vorgenommen. Dieses Vorgehen hat insgesamt daher einerseits den Vorteil, daß möglichst viele unterschiedliche Stellungnahmen ausfindig gemacht werden konnten. Andererseits ist das Analysematerial folglich inkonsistent, d.h. es finden sich neben Aufsätzen in medizinischen Fachzeitschriften ebenso Leserbriefe und Studienvorstellungen. Im Rahmen der Methodik spielt dieser Umstand zwar keine Rolle – jeder Aussage kommt prinzipiell die gleiche Relevanz zu; es wurden aber in der Ergebnispräsentation dennoch unterschiedliche Gewichtungen je nach

Qualität des Beitrages (beispielsweise zwischen wissenschaftlicher Studie und Leserbrief im Deutschen Ärzteblatt) vorgenommen, um auf diese Weise Verzerrungen zu vermeiden.

Weiter hat der Verzicht auf Berücksichtigung von (mehr der rechtlichen Information dienenden) Lehrbüchern und Monographien (sofern der entsprechende Autor bereits mit – mindestens – einem Aufsatz zum Thema in der Analyse vertreten ist) zur Folge, daß keineswegs die ganze Landschaft publizierter ärztlicher Stellungnahmen zum Thema Patientenverfügung in die Analyse eingegangen ist. Verzichtet wurde zudem auch auf Beiträge aus der „Ärztezeitung“ (Springer-Verlag), da die dort zum Thema gefundenen Artikel der Sache nach Duplikate der vom Verlag lizenzierten Aufsätze sind.

Ein weiterer denkbarer Kritikpunkt bezieht sich auf den Zeitraum der ausgewählten Beiträge. Hier stellt der 1. September 2009, also der Tag des Inkrafttretens des Gesetzes, eine zeitlich möglicherweise willkürliche Grenzziehung dar. Denn ohne die erst im Laufe der Zeit mögliche Erfahrung mit dem neuen Gesetz dürften sich die Argumente *direkt nach* Inkrafttreten nicht sonderlich von denen *direkt vor* Inkrafttreten des Gesetzes unterscheiden. Es wurde insofern darauf Rücksicht genommen, als nicht allein der Zeitpunkt der Veröffentlichung (vor oder nach Inkrafttreten des Gesetzes) bei der Auswahl von Bedeutung war, sondern die Relevanz des Beitrages zur Beantwortung der Forschungsfrage. Gleichfalls wurden nur die Studien für die Analyse berücksichtigt, deren Untersuchungszeitraum (und nicht nur die Veröffentlichung) in die Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes fiel.

Trotz der genannten Limitationen bei Suche und Auswahl der Beiträge, kann davon ausgegangen werden, daß alle zum Thema relevanten Beiträge identifiziert werden konnten.

b) Methodisches Vorgehen

Ebenso aus der ihr zugrundeliegenden Methode ergeben sich Limitationen für die Arbeit. Jede Methode hat bekanntermaßen ihre Vorzüge – aber auch ihre Grenzen. Im Fall der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich bei den Vorzügen darum, daß die Methode dazu angetan ist, große

Textmengen systematisch und regelgeleitet zu bearbeiten. Aus dieser Regelgeleitetheit ergibt sich demgemäß die prinzipielle Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse.

Allerdings ist die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse eine andere als sie sich beispielsweise aus der Anwendung der quantitativen Inhaltsanalyse ergibt. Denn die für die quantitative Inhaltsanalyse üblichen Kriterien für die Überprüfung der Validität sind auf die qualitative Inhaltsanalyse nicht sinnvoll zu übertragen, „da der Untersucher vom Wissen über den Kontext seines Materials in seinem analytischen Konstrukt geleitet wird und eine Unabhängigkeit zu diesem damit nicht zur Validierung benutzt werden kann“²⁹⁸. Ausgehend von solchen Überlegungen lassen sich nach einem Ansatz von Krippendorff (1980) die Validitätskriterien der qualitativen Inhaltsanalyse besser in die materialorientierte Validität, die ergebnisorientierte Validität und die prozeßorientierte Validität einteilen.²⁹⁹

Die materialorientierte Validität ergibt sich aus der semantischen Gültigkeit. Diese drückt sich in der Angemessenheit der Kategorien aus und wird sowohl durch die angeführten Zitate als auch durch die Diskussion mit einem zweiten Untersucher gewährleistet.³⁰⁰

Die prozeßorientierte Validität ist die Folge des systematischen und regelgeleiteten Vorgehens, wie es in Kapitel 3 erörtert wurde. Dieses Vorgehen wurde dabei auch dadurch gewährleistet, daß die Analyse von einem zweiten Untersucher begleitet wurde.

Zur Überprüfung der ergebnisorientierten Validität dient der Vergleich der Ergebnisse der Analyse mit denen anderer wissenschaftlicher Studien, was im folgenden Kapitel geschehen wird.

²⁹⁸ HAHNEN (2010), S. 83.

²⁹⁹ Vgl. MAYRING (2007), S. 111ff.

³⁰⁰ Vgl. HAHNEN (2010), S. 83f.

4.2 Vergleich mit der Fachliteratur

Die Stärke vorliegender Arbeit für die Diskussion um die Patientenverfügung ist, daß hier erstmals seit Inkrafttreten des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes systematisch die Einstellung der Ärzteschaft beleuchtet wird. Sich dem Instrument der Patientenverfügung aus ärztlicher Perspektive zu nähern, stellt in der Debatte um die Patientenverfügung ein wichtiges Novum dar. Denn erstmals wird so ein Urteil über die Patientenverfügung aus Sicht ihrer Anwender möglich. Eine Perspektive, die bereits in der gesetzgebenden Debatte unterrepräsentiert war und die wichtige Schlüsse erlaubt, inwieweit die Patientenverfügung überhaupt geeignet ist, die Selbstbestimmung am Lebensende zu sichern bzw. das Lebensende überhaupt zu gestalten. Damit wird die Diskussion um die Patientenverfügung ein Stück weit geerdet, weil objektiver; denn viele Argumente von Befürwortern und Gegnern der Patientenverfügung bezogen sich ja auf ein *hypothetisches Gesetz* und seine *hypothetische Anwendung* im klinischen Alltag. Erstmals ist jetzt für Deutschland ein Stimmungsbild von Ärzten gezeichnet worden, das mit den hierdurch gewonnenen Erkenntnissen die politische Diskussion bereichern kann.

Anhand wichtiger Schlüsse aus der Analyse soll im folgenden die Verortung vorliegender Arbeit in die breitere wissenschaftliche Diskussion vorgenommen werden. Was aber läßt sich aus der Analyse schlußfolgern? Bezogen auf das wissenschaftliche Grundanliegen, der Frage nachzugehen, inwieweit aus ärztlicher Perspektive den Zielen des Gesetzgebers Erfolg oder Mißerfolg attestiert werden kann, sind es zwei Schlußfolgerungen:

- aus dem Patientenverfügungsgesetz folgt mehr Rechtssicherheit für die Behandler;
- aufgrund des fehlenden Einflusses der Patientenverfügung auf die Behandler ergibt sich durch die Patientenverfügung keine Stärkung der Selbstbestimmung (am Lebensende).

Im folgenden soll untersucht werden, ob sich entsprechende Schlußfolgerungen auch aus anderen Quellen ziehen lassen.

a) Der Gewinn an Rechtssicherheit

Hahnen konnte in den von ihr analysierten Zeitungsartikeln ausfindig machen, daß hauptsächlich bei Ärzten und Juristen Unsicherheiten in Bezug auf die rechtliche Situation der Therapiebegrenzung genannt wurden.³⁰¹

Betreffs der Ärzte konnte jetzt gezeigt werden, daß für sie das Gesetz ein Zugewinn an Rechtssicherheit darstellt. Diese ergebe sich aus der geklärten Verbindlichkeit der Patientenverfügung und den verfahrensrechtlichen Klärungen durch das Gesetz. Die Verbindlichkeit sei dazu angetan, auf Seiten der Ärzte die *Sorge vor unterlassener Hilfeleistung zu minimieren*. Die geklärten Zuständigkeiten im Umgang mit der Patientenverfügung könnten *Behandlungsentscheidungen* – bei Einigkeit zwischen Arzt und Betreuer – *beschleunigen*.

Gegenteilige Äußerungen zu der Feststellung eines Gewinns an Rechtssicherheit konnten in dem zur Verfügung stehenden Material nicht identifiziert werden. Dies ist – wie gesagt – auch dem Umstand geschuldet, daß im Rahmen der Analyse diejenigen Aussagen, die sich auf die durch das Gesetz aufgeworfene Frage nach dem Adressat der Patientenverfügung beziehen, eliminiert wurden. Denn mit dem Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013 wurde der Streit um die Notwendigkeit einer Betreuerbestellung entschieden. Bis dahin war – unter Ärzten³⁰² und Juristen³⁰³ – umstritten, ob die Bestellung eines Betreuers notwendig ist, wenn eine eindeutige und wirksame Patientenverfügung vorliegt.

Es dürfte daher davon auszugehen sein, daß spätestens nach Klärung der Notwendigkeit einer Betreuerbestellung keine Kritik an dem diesbezüglichen Wortlaut des Gesetzes formuliert wurde. Zumal diesbezügliche Recherchen in neuerer Zeit keine Kritik zutage förderten.

Allerdings zeigen die Aussagen der Ärzte zur Nicht-Entbehrlichkeit des gesetzlichen Vertreters (siehe oben „Schwächen des Patientenverfügungsgesetzes“), daß zumeist doch eine

³⁰¹ Vgl. HAHNEN et al. (2009), S. 295. Siehe hierzu auch die Übersichtsarbeit von EVANS et al. (2012).

³⁰² Siehe BUNDESÄRZTEKAMMER (2013): A 1582.

³⁰³ Beispielhaft STÜNKER (2012), S. 14 und HEBLER (2012), S. 140f. Für weitere Literatur siehe Kapitel 2.9.

Betreuerbestellung erforderlich ist. Ermitteln läßt sich aus den Aussagen allerdings nicht, ob die Betreuerbestellung jeweils aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen (und damit fehlender Rechtssicherheit) oder aufgrund inkompetenter Patientenverfügungen erfolgt. Aus eigener Erfahrung weiß der Autor zu berichten, daß – für den Fall fortgesetzter Einwilligungsunfähigkeit – trotz vorliegender Patientenverfügung regelhaft die Einrichtung einer Betreuung veranlaßt wird. Weiter erwiesen sich die Patientenverfügungen in keinem Fall als für die Behandlungssituation klärend.

Zur Feststellung, daß Patientenverfügungen Behandlungsentscheidungen beschleunigen, war allerdings auch eine gegenteilige Aussage zu finden, daß nämlich – für den Fall eines Dissenses und der einzuhaltenden Einspruchsfristen – aus der gesetzlichen Regelung eine Verzögerung von Behandlungsentscheidungen folge.

Ob sich letztlich eine Beschleunigung oder eine Verzögerung von Behandlungsentscheidungen aus der gesetzlichen Regelung ergibt, konnte allein unter Zuhilfenahme des Analysematerials nicht entschieden werden. Auch sonst findet sich dazu keine klärende wissenschaftliche Arbeit.

Wie in der Ärzteschaft finden sich auch in der Rechtswissenschaft mittlerweile andere Schwerpunkte als noch in der Gesetzesdebatte (wie beispielsweise die umstrittene Reichweitenregelung); es steht heute mehr der Rechtsvergleich zwischen einzelnen europäischen Regelungen zur Patientenverfügung im Vordergrund.³⁰⁴ Überhaupt ist es um das Thema Patientenverfügung (zumindest von juristischer Seite) ruhiger geworden.

Neben Rechtsvergleichen fand sich in juristischen Publikationen zum Thema Patientenverfügung nach Inkrafttreten des Gesetzes lediglich die von Ulsenheimer aufgeworfene

³⁰⁴ So beispielsweise Anna-Kathrin Schwedler: *Die ärztliche Therapiebegrenzung lebenserhaltender Maßnahmen auf Wunsch des Patienten. Ein Rechtsvergleich zwischen Deutschland und Frankreich unter besonderer Berücksichtigung des Patientenverfügungsgesetzes in der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt am Main: Lang 2010 oder die sehr umfangreiche Studie von Anna-Luisa Lemmert: *Die Patientenverfügung. Autonomie und Anknüpfungsgerechtigkeit*. Studien zum ausländischen und internationalen Privatrecht, Bd. 299. Tübingen: Verlag Mohr Siebeck 2014, der laut Ulsenheimer das Verdienst zukomme, „auf der Grundlage der Internationalisierung und Europäisierung des Begriffs der medizinischen Heilbehandlung die Patientenverfügung in das geltende europäische und deutsche Kollisionsrecht einzufügen“ [Ders. In: *Medizinrecht* 2014 (Jg. 32), Heft 8, S. 619].

Frage thematisiert, an welchen Voraussetzungen qualitativ ein Widerruf bei dementen Patienten festgemacht werden solle.³⁰⁵ Seit 2011 wird dieses Thema ärztlicherseits vor allem von Jox in Zusammenhang mit Erörterungen zum sogenannten „natürlichen Willen“ bearbeitet.³⁰⁶

b) Fehlender Einfluß auf Behandlungsentscheidungen

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, ob auch andere Arbeiten einen fehlenden Einfluß der Patientenverfügung auf Behandlungsentscheidungen (am Lebensende) zeigen. Daß Patientenverfügungen ohne Relevanz für Behandlungsentscheidungen sind, liege – wie gezeigt werden konnte – je nach Profession etwa an der Prognose als Entscheidungskriterium zur Therapiebegrenzung (Intensivmedizin), an der fehlenden Zeit (Notfallmedizin) oder am meist für alle Beteiligten absehbaren Krankheitsverlauf (Onkologie). Zu diesen *professionsspezifischen Gründen* gesellen sich *sachspezifische Gründe*: so sei die Patientenverfügung selten verfügbar, es fehle ihr an Aussagekraft aufgrund pauschaler Formulierungen und es mangle ihr – nicht zuletzt wegen der pauschalen Formulierungen und oder der fehlenden ärztlichen Aufklärungspflicht – häufig an der Paßgenauigkeit für die konkrete Lebens- und Behandlungssituation.

Aus der Konsequenz dieser Umstände wird offenbar, daß die Patientenverfügung in vielen Fällen keinen Effekt auf die tatsächliche Therapie am Lebensende haben kann. Aus Deutschland legen diesen Schluß die (in die Analyse eingegangenen) Studien von GRAW et al. (2012), PESCHEL et al. (2012), LANGER et al. (2013), und HARTOG et al. (2014) nahe, abgeschwächt auch WANDROWSKI et al. (2012) und PADBERG et al. (2014).³⁰⁷

Bei GRAW et al. (2012) handelt es sich um eine retrospektive Studie, in die Patientendaten einer Intensivstation der Berliner Charité (22 Betten) zwischen 08/2008 – 09/2010 eingegangen sind. Die Autoren ziehen das Fazit, daß erstens die Entscheidungen zur

³⁰⁵ Vgl. ULSENHEIMER (2010), S. 116.

³⁰⁶ Siehe Literaturliste im Anhang dieser Arbeit.

³⁰⁷ Abgeschwächt insofern, als es sich bei den beiden letztgenannten Studien nicht um solche handelt, die tatsächliche und dokumentierte Fälle auswerten, sondern deren Grundlage ein Fragebogen mit fiktiven Fällen darstellt.

Therapiebegrenzung unabhängig davon geführt wurden, ob der Patient eine Patientenverfügung hatte oder nicht. Zweitens konnte eine Zunahme der Dokumentation beobachtet werden. Dieser Zusammenhang wurde bereits in der Metaanalyse verschiedener Studien zur Patientenverfügung von FAGERLIN/SCHNEIDER (2004)³⁰⁸ gesehen.

In dieselbe Richtung weist die Arbeit von PESCHEL et al. (2012), bei der es sich um eine prospektive Beobachtungsstudie handelt, in die Patienten eingeschlossen wurden, die zwischen 12/2010 und 12/2011 auf der chirurgischen, neurologischen und kardiologischen Intensivstation (insgesamt 72 Betten) des Universitätsklinikums Jena verstarben und eine Patientenverfügung vorgelegt hatten. Die Ergebnisse zeigen, daß bei entscheidungsunfähigen Intensivpatienten die Therapie oft nicht den in der Patientenverfügung im einzelnen geäußerten Wünschen entspreche. Unter den Bedingungen der Hochleistungsmedizin seien Patientenverfügungen allein nicht geeignet, den Patientenwillen umzusetzen. Ebenfalls am Universitätsklinikum Jena konnte die Gruppe um HARTOG et al. (2014) in einer retrospektiven Kohortenstudie (mit 477 Patienten) darlegen, daß Patienten mit Patientenverfügung die gleiche Intensivtherapie erhalten wie Patienten ohne. Dieser Befund bestätigt sich bereits in einer US-amerikanischen Publikation um GOODMAN et al. (1998), die zeigt, daß die Dauer des Krankenhaus- und Intensivaufenthaltes zwischen Patienten mit oder ohne Patientenverfügung nicht divergiert.

Fragt man nach dem Grund, so kann hierzu – unter Berücksichtigung ihrer Limitation³⁰⁹ – die Studie von WANDROWSKI et al. (2012) Auskunft geben. In dieser wurden mit einem

³⁰⁸ Dem geneigten Leser sei die Lektüre dieser Studie empfohlen: sie stellt eine Synopse aller – in den USA wie in Deutschland diskutierten – Vor- und Nachteile der Patientenverfügung dar. Lediglich die politische Situation ist mit dem *Patient Self Determination Act* in den USA eine spezifisch andere als in Deutschland; die diesbezüglichen Aussagen (wie diejenigen zu den Kosten – ein wichtiges Thema in den USA –) können unberücksichtigt bleiben.

³⁰⁹ Inwieweit aber das Ergebnis der Studie als valide angenommen werden kann, ist fraglich. Denn Rolf Coeppicus weist zurecht darauf hin, daß in dem Fragebogen die Angabe fehlte, ob nach dem Text der Patientenverfügung lebenserhaltende Maßnahmen nach Eintritt eines Komas grundsätzlich, also unabhängig von der Chance eines Aufwachens aus dem Koma, oder erst bei einem irreversiblen Koma untersagt werden – wie das normalerweise von allen Patientenverfügungsformularen unterschieden wird. Weiter fehlte die Mitteilung, ob Chancen bestehen, nicht bestehen oder ungewiß sind, daß der Patient aus seinem Koma wieder aufwacht. [Vgl. Ders.: „Sachverhalt nicht vollständig.“ In: *Deutsches Ärzteblatt International* 2012; 109 (40): 665 - 666].

strukturierten Fragebogen die in einer Zufallsstichprobe ausgewählten Ärzte u.a. zu dem Anliegen einer Therapiebegrenzung durch Patientenverfügung befragt. Die befragten Ärzte machten ihre Entscheidungen dabei vorwiegend nicht von der Patientenverfügung, sondern von der Prognose abhängig. Denkbar ist aber auch die schlichte Überflüssigkeit der Patientenverfügung bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende: Bereits Sahm wies mit Blick auf seine Studienergebnisse in der Sachverständigenanhörung im Deutschen Bundestag 2009 darauf hin, daß Behandlungsbegrenzungen eher die Regel seien, denn die Ausnahme.³¹⁰

Aber nicht nur bei Intensivpatienten hat die Existenz einer Patientenverfügung keine bzw. nur eine geringe Relevanz auf die Behandlungsentscheidung: auch bei Demenzkranken zeigt die amerikanische Studie von NICHOLAS et al. (2014), daß lediglich bei Patienten mit schwerer Demenz die Therapie weniger invasiv war. Bei den Patienten mit milder Demenz oder bei kognitiv nicht beeinträchtigten Patienten war kein Unterschied in der Therapie zu verzeichnen. Für Deutschland liegt keine derartige Untersuchung vor. Die Relevanz von Patientenverfügungen dürfte aber aufgrund der herausgehobenen Bedeutung des rechtlichen Vertreters bei der Demenzerkrankung grundsätzlich als gering veranschlagt werden.

In der Gruppe um DANIS et al. (1991), wurden – trotz professioneller zweijähriger Begleitung der Patienten und Angehörigen in der Erstellung und Fortschreibung der Patientenverfügung – 25% der Patienten anders behandelt als in ihrer Patientenverfügung dargelegt und mit den Angehörigen besprochen. Daß die in der Patientenverfügung dargelegten (Nicht-) Behandlungswünsche tatsächlich keine Garantie für ein entsprechendes Handeln des rechtlichen Vertreters (respektive der Angehörigen) ist, zeigt auch die spanische Studie um BARRIO-CANTALEJO et al. (2009) auf.

Ebenfalls wie die US-amerikanische Studie von DANIS et al. (1991) wurde die SUPPORT-Studie der SUPPORT STUDY GROUP (1995) mit hohem personellem und finanziellem Aufwand

³¹⁰ „Wir wissen, daß Entscheidungen am Lebensende in 70 bis 80 Prozent der Sterbefälle auftreten, das heißt, sie sind also Routine und nicht etwa die Ausnahme. Dies ist sehr wichtig, denn viele Menschen meinen, es sei nicht so, und das ist ein Grund, warum über die Patientenverfügung diskutiert wird.“ [SAHM (2009), S. 27].

betrieben. Trotzdem konnte keine Verringerung der Anzahl der auf Intensivstation verbrachten Tage oder die Vermeidung invasiver (maschineller) Beatmung erzielt werden. Anhand des Materials der SUPPORT-Studie konnte TENO et al. (1997) darlegen, daß sogar dann, wenn die Patientenverfügung spezifische Handlungsanweisungen enthielt, die Behandlung in ca. 50% der Fälle der Patientenverfügung widersprach.

Die fehlende Relevanz von Patientenverfügungen in der Notfallmedizin dokumentiert die deutsche Studie von PADBERG et al. (2014). In einer Onlinebefragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Akut- und Notfallmedizin wird deutlich, daß in der Notfallsituation meist eine Übertherapie stattfindet, und zwar bei vorliegender, wie auch bei fehlender Patientenverfügung. Der Zeitmangel und die praktischen Unwägbarkeiten lassen die Patientenverfügung zumeist unberücksichtigt.

Die mehr sachspezifischen Gründe der mangelnden Relevanz von Patientenverfügungen erhellt die Arbeit von LANGER et al. (2013). Im Rahmen einer Interviewstudie wurden fünf leitende Intensivmediziner aus Sachsen-Anhalt mittels problemzentrierter Interviews hinsichtlich der Praktikabilität von Patientenverfügungen auf der Intensivstation befragt. Laut den interviewten Ärzten seien Patientenverfügungen häufig wenig hilfreich, da die Inhalte fast nie die konkrete Situation beschreiben würden, in der sich der Patient dann wirklich befinde. Nur sehr wenige Patientenverfügungen seien umsetzbar und erfüllten so ihr Ziel. Die gleichlautende Kritik aus dem Ausland ist Legion; beispielsweise sei hier nochmals auf die Untersuchung von FAGERLIN/SCHNEIDER (2004) hingewiesen.

c) *Advance Care Planning* als Lösung?

Finden sich auch Studien, die eine Wirksamkeit von Patientenverfügungen belegen? Bezogen auf die Patientenverfügung selbst: nein. Seit den 1990er Jahren wurde maßgeblich in den USA auf das geschilderte Problem der Patientenverfügung der Versuch einer Lösung entwickelt mit dem Konzept des *Advance Care Planning* (ACP). Dieses Konzept firmiert in Deutschland unter dem Namen der „Umfassenden Vorsorgeplanung“ oder „Gesundheitliche Vorausplanung“. Es

handelt sich dabei „weniger um eine Festlegung von Anweisungen, wie sie in einer Patientenverfügung möglichst präzise und schriftlich formuliert werden sollen, als um einen systematischen Begleitprozeß bzw. Dialog, der auch dokumentiert werden sollte“³¹¹. Gegenüber der Patientenverfügung, so wird von seinen Befürwortern argumentiert, habe dieser Vorsorgeplan den Vorteil, daß er die Festlegung von (Nicht-)Behandlungswünschen für den zukünftigen Fall der Entscheidungsunfähigkeit vermeidet und man sich in Gesprächen mit geschulten Begleitern stattdessen unterschiedlichen Szenarien im Krankheitsverlauf z.B. bei Notfällen oder Komplikationen anzunähern versucht.³¹² Näherhin sind es laut in der Schmittens sieben konstitutive Elemente, die ein ACP-Programm auszeichnen:³¹³ aufsuchendes Gesprächsangebot durch speziell geschulten (nichtärztlichen) Begleiter, hierdurch Entwicklung und Klärung von Handlungspräferenzen, professionelle Dokumentation, Gewährleistung von Archivierung und Transfer der Vorausverfügung in die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitssystems, Aktualisierung der Vorausverfügung und Konkretisierung im Verlauf, Beachtung der Verfügung von den an der Patientenbetreuung Beteiligten, Installierung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätssicherung. Abgerundet wird das Programm mittels der Erstellung eines Notfallbogens.

Die regionale Implementierung von sogenannten ACP-Programmen bedeute daher nach in der Schmittens nichts weniger als einen „Systemwandel“³¹⁴.

Laut in der Schmittens zeigen die internationalen Erfahrungen mit diesem Konzept, daß der so „vorausverfügte Patientenwille in Regionen mit ACP-Programmen lückenlose Beachtung findet“³¹⁵. Dies hätte die australische Studie von DETERING et al. (2010). gezeigt. Tatsächlich konnte durch die ACP-Intervention in der Studie um DETERING et al. (2010) beobachtet werden, daß Patientenwünsche häufiger bekannt waren und respektiert wurden (n = 25 [86%]

³¹¹ MÜLLER-BUSCH (2010), S. 207.

³¹² Vgl. MÜLLER-BUSCH (2010), S. 207f.

³¹³ Vgl. IN DER SCHMITTEN et al. (2014), Supplement.

³¹⁴ IN DER SCHMITTEN et al. (2014), S. 50.

³¹⁵ IN DER SCHMITTEN et al. (2014), Supplement.

zu n = 8 [30%] in der Kontrollgruppe). Allerdings war das in dieser Studie untersuchte Klientel so „gesund“³¹⁶, daß möglicherweise jedwedes angeleitete und dokumentierte Sprechen über eigene Wünsche und Vorstellungen mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu dem beobachteten Effekt geführt hätte. Auch dürfte der Studienhintergrund der durch Gesprächsinterventionen begleiteten Patienten sein übriges dafür getan haben, daß Patientenwünsche mit entsprechendem Nachdruck vorgetragen und daher beachtet wurden.

Wie bereits die Studie von HAMMES et al. (2010) konnte auch in der Schmittens selbst nachweisen, daß die – personell wie zeitlich anspruchsvolle³¹⁷ – Implementierung eines ACP-Programms in deutschen Senioreneinrichtungen im regionalen Vergleich weitaus häufiger als bisher berichtet zu potentiell handlungsleitenden Voraussetzungen führte. Mit Blick auf den dafür nötigen Einsatz stellt in der Schmittens fest: „Der zeitliche und finanzielle Aufwand für ACP ist abzuwägen gegen den Nutzen für alle Beteiligten sowie mutmaßliche Einsparungen.“³¹⁸ Der Nachweis eines Nutzens – also die Auswirkung auf die Versorgungsrealität – ist für Deutschland aber erst noch zu erbringen und laut in der Schmittens „ein dringliches Forschungsdesiderat“³¹⁹. Für Kanada konnte in einer großangelegten Studie um HEYLAND et al. (2013) nachgewiesen werden, daß trotz ACP lediglich in 30,2% der Fälle die vom Patienten formulierten (Nicht-)Behandlungswünsche Eingang in die Patientenakte fanden.

Unabhängig von den in Zukunft zu erwartenden Ergebnissen stellt *Advance Care Planning* möglicherweise einen für die Palliativmedizin gangbaren Weg dar. Für die Einbeziehung aller chronisch Kranken über 60 Jahre in ACP-Programme (wie es Marckmann und in der Schmittens vorsehen) dürften die personellen wie finanziellen Ressourcen fehlen. Es sollte dann aber der von Marckmann und in der Schmittens beschrittene Weg der *regionalen* Implementierung zugunsten einer *institutionellen* Implementierung (bspw. auf Palliativstationen) aufgegeben

³¹⁶ Ausgeschlossen wurden geistig Inkompetente, Alleinstehende und Ausländer.

³¹⁷ Der zeitliche Aufwand für Gesprächsbegleitungen lag in der Studie von IN DER SCHMITTEN et al. (2014) im Median bei 100 Minuten.

³¹⁸ IN DER SCHMITTEN (2014), S. 56.

³¹⁹ IN DER SCHMITTEN (2014), S. 50.

werden. Weiter müßte – wie dies auch die Studie von DETERING et al. (2010) und neuerdings die belgische Untersuchung von VANDERVOORT et al. (2014) nahelegt – auf den Anspruch einer gestärkten Patientenautonomie durch *Advance Care Planning* verzichtet werden. Die letztgenannten Studien betonen nämlich beide sehr deutlich, daß sich insbesondere für die Angehörigen ein ACP-Programm entlastend auswirke – an keiner Stelle beider Veröffentlichungen werden die Ergebnisse mit dem Thema „Patientenautonomie“ in Verbindung gebracht. Um es mit den Worten von Angela Fagerlin und Carl Schneider zu sagen:

“Thus we are left with the irony that one of the best arguments for a tool for enhancing people’s autonomy is that it deceives them into confidence.”³²⁰

d) Die Selbstbestimmung am Lebensende

Erinnert sei an dieser Stelle nochmals an die Debatte um die Patientenverfügung. In dieser wurde immer wieder betont, daß die Patientenverfügung dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten Geltung verschaffen solle.³²¹ Es wird nun an dieser Stelle keinesfalls der Versuch unternommen, philosophisch näher auszuloten, was mit dem Begriff der Selbstbestimmung inhaltlich eigentlich getroffen wird. Die sehr ausführliche Darstellung der Debatte um Selbstbestimmung bei Driehorst im Rahmen seiner Dissertation³²² muß letztlich als fruchtlos qualifiziert werden. Auch bei der Veröffentlichung von GESANG et al. (2013) handelt es sich mehr um eine medizinethische Binnendiskussion.

Möglicherweise läßt sich der genaue Inhalt dessen, was Selbstbestimmung in der Medizin sein kann, nur eingeschränkt wiedergeben. Hingewiesen sei diesbezüglich auf die Feststellung von Wiesing, daß insofern „Autonomie ein komplexes und graduelles Phänomen ist“, es unklar sei, „ab welchem Grad von Autonomie diese zu respektieren ist“³²³.

³²⁰ FAGERLIN/SCHNEIDER (2004), S. 38.

³²¹ Vgl. HAHNEN (2010), S. 30ff.

³²² DRIEHORST (2011), S. 5ff.

³²³ WIESING (2012), S. 88.

Für das Thema Patientenverfügung zeigt sich (durch die Rechtsprechung bedingt) eine Dichotomie der Diskussion um die Selbstbestimmung. Auf der einen Seite finden sich Juristen und Patientenorganisationen, auf der anderen Seite die Ärzte. Hervorgehoben sei nochmals der bereits zitierte Hinweis zweier Psychiater, daß „Juristen [...] stärker auf die Gefährdung der Persönlichkeit durch staatliche Übergriffe fokussieren und Abwehrrechte von Individuen dagegen verteidigen, während Psychiater und Neurologen stärker die Gefährdung der Persönlichkeit durch psychische und neurologische Erkrankungen im Blick haben. Somit werden trotz des gemeinsamen Ziels, nämlich eines effektiven Schutzes der Persönlichkeit und der Autonomie von Patienten, häufig konträre Positionen vertreten“³²⁴.

Mit dem Patientenverfügungsgesetz hat sich – einmal mehr – das juristische Verständnis von Selbstbestimmung durchgesetzt. Diese einseitige Sichtweise hat auch unter Ärzten Anhänger gefunden. Ohne Zweifel besitzen Ethik und Recht ihre jeweilige Berechtigung. Statt nach Vertiefung und Verheutigung ärztlicher Standesethik wird aber immer öfter nach Klärung durch den Gesetzgeber gerufen. So war es insbesondere der damalige Münchener Palliativmediziner, der sich in der Debatte um das Patientenverfügungsgesetz mit der Forderung nach Rechtssicherheit hervortat.³²⁵ Weiter wurde von ihm damals argumentiert, daß mittels eines „Gesetz[es], daß die Selbstbestimmung beschneidet, die Menschen in die Arme der Euthanasie-Befürworter getrieben [werden]“³²⁶.

Es ist mit Blick auf die jüngst ausgebrochene Debatte um das Verbot der (gewerblichen) Sterbehilfe interessant zu sehen, daß sich genannter Autor mit just denselben Argumenten wieder zu Wort meldet wie bereits in der Diskussion um ein Patientenverfügungsgesetz – diesmal allerdings mit der Forderung nach Freigabe des ärztlich assistierten Suizids (unter

³²⁴ MÜLLER/WALTER (2012), S. 1153.

³²⁵ So bspw. in dem Interview „Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen“ (*Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104 (5): A 224 - 226) oder in seiner Stellungnahme in der öffentlichen Anhörung der Sachverständigen im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages am 04. März 2009 [BORASIO (2009)].

³²⁶ BORASIO (2009), S. 3f.

bestimmten Bedingungen).³²⁷ Nur durch ein dementsprechendes Gesetz könnten – so u.a. die Ziele seines Gesetzesvorschlages – „Rechtssicherheit für alle Beteiligten“, „Respekt vor der Autonomie des Patienten“ und die „Vermeidung einer Freigabe der Tötung auf Verlangen“ bewerkstelligt werden. Dies sind alles bekannte Argumente, mit denen Borasio bereits vehement für ein Patientenverfügungsgesetz warb. Wenn er aber heute mit quasi recycelten Argumenten für den ärztlich assistierten Suizid (und noch mehr für sein eigenes Buch) wirbt, so muß das den umsichtigen Beobachter befremden. Und zwar nicht so sehr, weil sich damit ein bekannter Vertreter seiner Profession offen in einen fachlichen Widerspruch zu seinen Kollegen und den von ihnen vorgebrachten Argumenten begibt.³²⁸ Sondern vielmehr deshalb, weil sich in einer solchen Initiative die Konsequenz der einseitigen Betonung des patientenseitigen Selbstbestimmungsrechtes zeigt: auf die Forderung nach einer verbindlichen Patientenverfügung ohne Reichweitenbegrenzung folgt – mit denselben Argumenten als Vehikel – die Forderung nach ärztlicher Suizidassistenz. Man kann es den Skeptikern eines einseitigen Autonomieanspruchs kaum verdenken, wenn für sie als Folge dieser Entwicklung die „Tötung auf Verlangen“ immer mehr Realität zu werden droht.³²⁹

³²⁷ Diese Forderung wurde von Gian Domenico Borasio/Lausanne zusammen mit drei weiteren Hochschullehrern (Ralf Jox/München, Urban Wiesing/Tübingen und Jochen Taupitz/Heidelberg) im Rahmen ihrer Buchvorstellung am 26. August 2014 erhoben: URL http://www.kohlhammer.de/wms/instances/kohportal/data/downloads/Presse/Pressemitteilung_Gesetzesvorschlag_assistSuizid.pdf [Zugriff zuletzt am 08.09.2014].

³²⁸ Siehe hierzu die Reflexionen zum Thema ärztlich assistierter Suizid der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben“ (In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (3): A 67 - 71).

³²⁹ Stellvertretend siehe Stefan Rehder in der *Tagespost* vom 30.08.2014, S. 3: „Man braucht kein Prophet zu sein, um vorauszusagen, daß der von den Ärzten verlangte hohe zeitliche Aufwand den assistierten Suizid zu einer Kassenleistung machen würde, die mit der Zeit manche Begehrlichkeiten wecken wird. Haben sich die Menschen erst einmal daran gewöhnt, daß Ärzte ihnen auch beim Suizid assistieren, werden auch die Stimmen lauter werden, die das Verfahren vereinfachen und die die Kompetenzen der Ärzte ausdehnen wollen. Denn es ist eine – weitere – Illusion, zu glauben, auf diese Weise könne der Ruf nach der ‚Tötung auf Verlangen‘ zum Verstummen gebracht werden. Weil Wünsche grenzenlos sind, wird – wie etwa der schrittweise Abbau des Embryonenschutzgesetzes gezeigt hat – vielmehr das Gegenteil der Fall sein.“

5. Ausblick

In vorliegender Arbeit wurde der Diskurs von Ärzten in der medizinischen Fachpresse unter dem Blickwinkel der Rechtssicherheit und Selbstbestimmung untersucht. In Abgrenzung dazu wäre eine qualitative Analyse der juristischen Fachpresse wie der öffentlichen Diskussion in den Printmedien denkbar. Bereichernd für die Debatte um die Patientenverfügung wäre auch ein Vergleich dieser Analyse mit dem in der Fachpresse geführten ärztlichen Diskurs beispielsweise in der Schweiz oder Österreich.

Die Aussagen von Palliativmediziner*innen sind in dieser Analyse unterrepräsentiert, so daß sich keine Schlußfolgerung ziehen läßt, ob in diesem Bereich die Patientenverfügung von Relevanz ist. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eine Interviewstudie von Palliativmediziner*innen oder eine retrospektive Studie post mortem über den Behandlungsverlauf von betroffenen Patienten.

Aufgrund häufig nicht verfügbarer Patientenverfügungen wurde die Einführung einer Online-Registrierung für Patientenverfügungen gefordert, so daß auch Ärzte auf deren Inhalt zugreifen könnten.³³⁰ Zu überprüfen wäre daher die Behauptung, ob sich mit dem tatsächlichen Vorliegen einer Patientenverfügung die Übereinstimmung zwischen den (Nicht-)Behandlungswünschen des Patienten und den tatsächlichen Therapieentscheidungen herbeiführen ließe.

Ein besonderes Forschungsdesiderat scheint die Effektivität von *Advance Care Planning* auf die Versorgungsrealität zu sein. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang ein Vergleich der Effektivität von ACP-Programmen auf der einen und palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen auf der anderen Seite. Insbesondere sollte in diesem Vergleich auf die Effektivität der Entlastung von Angehörigen ein Augenmerk gelegt werden. Denkbar wäre auch ein Vergleich von ACP-

³³⁰ Vgl. Jox (2013), S. 272f.

Programm und den Effekten von Klinik-Leitlinien: Die positiven Erfahrungen einer Münchener Studie³³¹ mit der Implementierung einer Klinik-Leitlinie zur Änderung des Therapieziels am Lebensende weisen möglicherweise auf eine – ressourcenschonende – Alternative zu den personell wie zeitlich ambitionierten ACP-Programmen hin. Eine solche Untersuchung sollte zusätzlich mit der Erhebung von Fortbildungswünschen seitens junger Mediziner verbunden werden.

³³¹ Jox et al. (2012b).

6. Zusammenfassung

Die Debatte um die Patientenverfügung setzt sich auch nach dem Inkrafttreten des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes am 1. September 2009 fort. Vor diesem Hintergrund wurde eine Analyse des spezifisch ärztlichen Diskurses um das Instrument der Patientenverfügung durchgeführt. Als empirisches Material dienten 71 publizierte Stellungnahmen von insgesamt 56 Ärzten in der medizinischen Fachpresse, die im Rahmen zweier Recherchen in großen medizinischen Datenbanken identifiziert werden konnten. Zusammen konnten aus den Beiträgen 491 ärztliche Aussagen in die Analyse eingehen. Diese Aussagen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung unterzogen. Es handelt sich bei vorliegender Analyse um eine systematische Übersichtsarbeit.

Als besondere Frage an die publizierten Stellungnahmen der Ärzteschaft war gestellt, ob die Ziele des Patientenverfügungsgesetzes – nämlich das Selbstbestimmungsrechtes jedes Einzelnen stärken und für alle Beteiligten Rechts- und Verfahrenssicherheit schaffen – aus Sicht der Ärzte verwirklicht werden konnten. Es zeigte sich, daß laut der Ärzte ein Gewinn an Rechtssicherheit zu verzeichnen ist, dies insbesondere durch die im Gesetz geklärten Zuständigkeiten und Verfahrensabläufe.

Dem Anspruch des Gesetzgebers auf Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes muß seitens der Ärzteschaft ein negatives Urteil ausgestellt werden. Laut Aussagen der Ärzte und wissenschaftlicher Untersuchungen hat die Patientenverfügung wenig bis keine Relevanz auf die medizinische Behandlung (am Lebensende). Dies liege – je nach Profession – etwa an der Prognose als Entscheidungskriterium zur Therapiebegrenzung (Intensivmedizin), an der fehlenden Zeit (Notfallmedizin) oder am meist für alle Beteiligten absehbaren Krankheitsverlauf (Onkologie). Auch bei Patienten mit einer Demenzerkrankung wurde festgestellt, daß

Therapieentscheidungen eher von anderen Kriterien bestimmt werden als den vom Gesetz vorgesehenen (Stichwort „natürlicher Wille“).

Darüber hinaus förderte speziell für die Intensivmedizin eine Studie Kurioses zutage: mit der Berücksichtigung der Patientenverfügung konnte nicht die Selbstbestimmung des Patienten, sondern lediglich der Dokumentationsaufwand für die Ärzte gesteigert werden. Dieses Ergebnis ist umso erstaunlicher, da doch die Patientenverfügung stets mit dem Anspruch versehen wurde, gerade am Lebensende vor dem Übergriff einer „Apparatemedizin“ schützen zu können. Weiter zeigte sich in einer anderen Studie, daß die Länge der Intensivbehandlung nicht divergierte zwischen Patienten mit und ohne Verfügung.

Für die fehlende Relevanz der Patientenverfügung auf Behandlungsentscheidungen spielen neben den genannten *professionsspezifischen Gründen* ebenfalls *sachspezifische Gründe* durch die Konstruktionsfehler des Gesetzgebers eine Rolle: aufgrund der fehlenden Aufklärungspflicht fehlt es der Patientenverfügung regelmäßig an der Kongruenz zur konkreten Lebens- und Behandlungssituation. Hierdurch wird die Patientenverfügung lediglich auf ein (gleichfalls verbindliches) Indiz für den mutmaßlichen Willen zurückgestuft. Diesbezüglich wurde an den Gesetzgeber die Forderung gerichtet, ein verpflichtendes Aufklärungsangebot zu etablieren.

Für den psychiatrischen Patienten scheint sich der mit der Patientenverfügung transportierte Anspruch auf Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes gar in sein Gegenteil zu verkehren: für diese Patienten folgt für den Fall einer akuten Krankheitsexazerbation aus dem neuen Gesetz eine eventuell inhumane Situation durch die mögliche Konsequenz eines „Einsperrens ohne Therapie“. Eine Lösung des Gesetzgebers wird daher für dringend geboten gehalten.

Fraglich ist, ob die genannten Probleme der Patientenverfügung mit dem Konzept des *Advance Care Planning* gelöst werden können. Untersuchungen aus den USA machen wenig Hoffnung, zumal kleine Erfolge mit jeweils hohem finanziellem und personellem Aufwand erkaufte wurden. Möglicherweise könnten durch den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung effektiver die Selbstbestimmung und die Patientenzufriedenheit gefördert werden.

Nicht zuletzt wirft die in dieser Arbeit vorgenommene Diskursanalyse auch ein erhellendes Licht auf die sich gerade im Gange befindliche Debatte um den (ärztlich) assistierten Suizid. Denn in der hier analysierten nachgesetzlichen Debatte um das Patientenverfügungsgesetz zeigte sich deutlich eine prinzipiell positive Einstellung der akademisch tätigen ärztlichen Kollegen gegenüber der gesetzlichen Lösung in Gestalt des Patientenverfügungsgesetzes. Möglicherweise ist es diese Einstellung, die im Rahmen der Debatte um die Suizidassistenz nun nahnhaft (ärztliche) Hochschullehrer – wie bereits beim Patientenverfügungsgesetz – wieder nach einem Gesetz zur Lösung des Problems rufen läßt.

Die in dieser Analyse erarbeiteten Ergebnisse können in eine Evaluation der neuen Gesetzeslage eingehen, wie sie bereits vom damaligen thüringischen Ministerpräsidenten Dieter Althaus in der Bundesratssitzung vom 10. Juli 2009 gefordert wurde – „damit der Gesetzgeber zeitnah nachbessern kann“³³².

³³² Dieter Althaus zitiert nach SCHINDLER (2009).

Literaturverzeichnis

- AKADEMIE FÜR ETHIK IN DER MEDIZIN (2003) Akademie für Ethik in der Medizin (Hrsg.): „Passive und indirekte Sterbehilfe. Eine praxisorientierte Analyse des Regelungsbedarfs gesetzlicher Rahmenbedingungen in Deutschland. Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.“ URL http://www.gwdg.de/~asimon/ps_2003.pdf [Zugriff zuletzt am 09.09.2014]
- ALBRECHT (2011) Christian Albrecht: *Das Patientenverfügungsgesetz – Eine Bilanz der praktischen Umsetzung*. Universität Halle (Selbstdruck) 2011.
- ALBRECHT/ALBRECHT (2009) Elisabeth Albrecht; Andreas Albrecht: „Die Patientenverfügung – jetzt gesetzlich geregelt.“ In: Landesnotarkammer Bayern (Hg.): *Mitteilungen des Bayerischen Notarvereins, der Notarkasse und der Landesnotarkasse Bayern (MittBayNot)* 2009, Heft 6, S. 426 – 435.
- ARBEITSGRUPPE PATIENTENAUTONOMIE (2004) Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“: Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004. URL http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Patientenautonomie_am_Lebensende.pdf [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- BARRIO-CANTALEJO et al. (2009) Inés Maria Barrio-Cantalejo; Adoración Molina-Ruiz; Pablo Simón-Lorda; Carmen Cámara-Medina; Isabel Toral López, Maria del Mar Rodríguez del Águila; Rosa Maria Bailón-Gómez: „Advance directives and proxies’ predictions about patients’ treatment preferences.“ In: *Nursing Ethics* 2009 (Jg. 16), Heft 1, S. 93 – 109.
- BEHLAU/KIERIG (2011) Wolfgang Behlau; Franz Otto Kierig: *Der Wille des Patienten entscheidet: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Behandlungsabbruch*. Heidelberg: C. F. Müller 2011.
- BENZENHÖFER/HACK-MOLITUR (2009) Udo Benzenhöfer; Gisela Hack-Molitor: „Die Rolle von Luis Kutner bei der Entwicklung der Patientenverfügung.“ In: *Hessisches Ärzteblatt* 2009 (Jg.) 70, Heft 6, S. 411 – 413.

- BIERMANN (2013) Elmar Biermann:
„Rechtliche Grundlagen der Therapiebegrenzung.“ In: Andrej Michalsen; Christiane Hartog (Hrsgg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Heidelberg u.a.: Springer 2013, S. 55 – 62.
- BIOETHIK-KOMMISSION (2004) Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.):
„Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten.“ Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. April 2004; zu erreichen über URL <http://www.mjv.rlp.de> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- BORASIO (2009) Gian Domenico Borasio:
„Stellungnahme.“ In: *Protokoll der 128. Sitzung des Rechtsausschusses: Öffentliche Anhörung der Sachverständigen zu den Gesetzesentwürfen am 4. März 2009*, S. 1 – 4; URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-ra-2009-03-04-wortprotokoll.pdf> [Zugriff zuletzt am 05.09.2014].
- BOSBACH et al. (2008) Wolfgang Bosbach; René Röspel, Katrin Göring-Eckardt und weitere Abgeordnete:
„Verankerung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht (Patientenverfügungsgesetz – PatVerfG)“: Bundestagsdrucksache 16/11360. URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-1611360-bosbach.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- BUNDESÄRZTEKAMMER (1993) Bundesärztekammer:
„Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 1993; 90 (37): B 1791 – 1792.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (1998) Bundesärztekammer:
„Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95 (39): A 2366 – 2367.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2007) Bundesärztekammer:
„Dritte Regelung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht.“ Beschlußprotokoll des 110. Deutschen Ärztetages vom 15. bis 18. Mai 2007 in Münster; URL http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2007/media/Beschlussprotokoll_2007.pdf [Zugriff zuletzt am 13. März 2012].

- BUNDESÄRZTEKAMMER (2011) Bundesärztekammer:
„Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung.“ In: *Deutsches Ärzteblatt PP* 2011 (Jg. 10), Heft 3, S. 138 – 140; auch online verfügbar unter URL http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2013) Bundesärztekammer:
„Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110 (33-34): A 1580 – 1585.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (2004) Bundesministerium der Justiz:
„Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechtes.“ URL http://www.ethikzentrum.de/downloads/bmj_041101re.pdf [Zugriff zuletzt am 10.09.2014].
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 16/13314 Deutscher Bundestag:
„Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages vom 08.06.2009“: Bundestagsdrucksache 16/13314. URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bt-2009-1613314.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 17/10488 Gesetzentwurf der Bundesregierung:
„Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 15.08.2012“: Bundestagsdrucksache 17/10488. URL <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/104/1710488.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- DAMRAU/ZIMMERMANN (2011) Jürgen Damrau; Walter Zimmermann:
Betreuungsrecht. Kommentar zum materiellen und formellen Recht. Stuttgart: Kohlhammer ⁴2011.
- DANIS et al. (1991) Marion Danis; Leslie Sutherland; Joanne Garrett; Janet Smith; Frank Hielema; Glen Pickard; David Egner; Donald Patrick:
“A prospective study of advance directives for life-sustaining care.” In: *The New England Journal of Medicine* 1991 (Jg. 324), Heft 13, S. 882 – 888.

- DETERING et al. (2010) Karen Detering; Andrew Hancock; Michael Reade; William Silvester: "The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial." In: *British Medical Journal* 2010 (Jg. 340), nur online publiziert: DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345> [Zugriff zuletzt am 08.09.2014].
- DEUTSCH/SPICKHOFF (2014) Erwin Deutsch; Andreas Spickhoff: *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. Heidelberg u.a.: Springer⁷2014.
- DEUTSCHER CARITASVERBAND (2009) Alexis Fritz: „Wer handelt für mich, wenn ich nicht mehr kann?“ URL <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2011/artikel2011/wer-handelt-fuer-mich-wenn-ich-nicht-mehr-kann> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- DEUTSCHER JURISTENTAG (2006) Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.): *Verhandlungen des Sechundsechzigsten Deutschen Juristentages*. München: Beck 2000.
- DRIEHORST (2011) Florian Driehorst: *Patientenverfügungen auf einer nephrologischen Station* (Dissertation). Ulm 2011. URL http://vts.uni-ulm.de/docs/2012/8030/vts_8030_11674.pdf [Zugriff zuletzt am 08.09.2014].
- ENQUETE-KOMMISSION (2004) Enquete-Kommission: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Patientenverfügungen. Bundestagsdrucksache 15/3700 vom 13.09.2004. URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- EVANS et al. (2012) Natalie Evans; Claudia Bausewein; Arantza Menaca; Erin Andrew; Irene Higginson; Richard Harding; Robert Pool; Marjolein Gysels: "A critical review of advance directives in Germany: Attitudes, use and healthcare professionals' compliance." In: *Patient Education and Counseling* 2012 (Jg. 87), Heft 3, S. 277 – 288.
- FAGERLIN/SCHNEIDER (2004) Angela Fagerlin; Carl Schneider: "Enough: The failure of the living will." In: *The Hastings Center Report* 2004 (Jg. 34), Heft 2, S. 30 – 42.

- FÜLLMICH (1990) Reiner Füllmich:
Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten: über das Recht des nicht entscheidungsfähigen Patienten, künstlich lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen. Frankfurt am Main: Peter Lang 1990.
- GEIBENDÖRFER (2009) Sylke Edith Geißendörfer:
Die Selbstbestimmung des Entscheidungsunfähigen an den Grenzen des Rechts: Zur Debatte über „passive Sterbehilfe“ durch Behandlungsverzicht, vormundschaftliches Genehmigungsverfahren, Patientenverfügungen und deren gesetzliche Regelungsmöglichkeiten. Münster: LIT-Verlag 2009.
- GESANG et al. (2013) Berward Gesang; Marcel Mertz; Barbara Meyer-Zehnder; Stella Reiter-Theil:
„Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung.“ In: *Ethik in der Medizin* 2013 (Jg. 25), Heft 4, S. 329 – 341.
- GOODMAN et al. (1998) Martin Goodman; Michael Tarnoff; Gus Slotman:
“Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients.” In: *Critical Care Medicine* 1998 (Jg. 26), Heft 4, S. 701 – 704.
- HAASE et al. (2003) Dieter Haase; Andreas Witzel; Annelen Ackermann; Irena Medjedović:
Betreuungskosten. Empirische Studie über die Kostenentwicklung in Betreuungssachen und die Möglichkeiten ihrer Reduzierung. Bremen/Bad Iburg 2003.
- HAHNEN et al. (2009) Marie-Christin Hahnen; Tania Pastrana; Stephanie Stiel; Arnd May; Dominik Groß; Lukas Radbruch:
„Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin in deutschen Printmedien.“ In: *Ethik in der Medizin* 2009 (Jg. 21), Heft 4, S. 289 – 305.
- HAHNEN (2010) Marie-Christin Hahnen:
Die Sterbehilfedebatte und das Bild der Palliativmedizin. Qualitative Inhaltsanalyse der Debatte um Sterbebegleitung und Sterbehilfe in deutschen Zeitungen in den Jahren 2006 und 2007. Universität Aachen (Selbstdruck) 2010.

- HAMMES et al. (2010) Bernard Hammes; Brenda Rooney; Jacob Gundrum:
 “A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability and specificity of advance care plans in a county that implemented an Advance Care Planning-Microsystem.” In: *Journal of the American Geriatrics Society* 2010 (Jg. 58), Heft 7, S. 1249 – 1255.
- HEITMANN (2010) Ernst Heitmann:
 „Kommentar zu § 1901a.“ In: *Nomos Kommentar Bürgerliches Gesetzbuch, Band 4 (Familienrecht)*. Baden-Baden: Nomos ²2010.
- HEBLER (2012) Hans-Joachim Heßler:
 „Direkte Wirkung von Patientenverfügungen, wenn es keinen Betreuer gibt?“ In: Gian Domenico Borasio; Hans-Joachim Heßler; Ralf Jox; Christoph Meier (Hrsgg.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 140 – 144.
- HEYLAND et al. (2013) Daren Heyland; Doris Barwitch; Deb Pichora; Peter Dodek; Francois Lamontagne; John You; Carolyn Tayler; Pat Porterfield; Tasnim Sinuff; Jessica Simon; for the ACCEPT (Advance Care Planning Evaluation in Elderly Patients) Study Team and the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET):
 “Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in Advance Care Planning.” In: *Journal of the American Medical Association (JAMA) Internal Medicine* 2013 (Jg. 173), Heft 9, S. 778 – 787.
- HÖFLING (2011) Wolfram Höfling:
 „Das neue Patientenverfügungsgesetz – Königsweg zum selbstbestimmten Sterben?“ In: Ders. (Hrsg.): *Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis – eine erste kritische Zwischenbilanz*. Baden-Baden: Nomos 2011, S. 11 – 16.
- HOPPE (1993) Jörg-Dietrich Hoppe:
 „Vorwort zu den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 1993; 90 (37): B 1791.
- HOPPE/MONTGOMERY (2009) Jörg-Dietrich Hoppe; Frank Ulrich Montgomery:
 „Brief des Präsidenten und Vizepräsidenten der Bundesärztekammer an alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages.“
 URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/baek-brief-2009-06-04.pdf> [Zugriff zuletzt am 13. März 2012].

- HÜPPE et al. (2009) Hubert Hüppe; Beatrix Philipp; Norbert Lammert und weitere Abgeordnete:
„Gesetzliche Überregulierung der Patientenverfügung vermeiden vom 29.05.2009“: Bundestagsdrucksache 16/13262.
URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-1613262.pdf> [Zugriff zuletzt am 17.08.2014].
- JOX et al. (2012b) Ralf Jox; Eva Winkler; Gian Domenico Borasio;
„Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinik-Leitlinie.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012 (Jg. 137), Heft 16, S. 829 – 833.
- JÜRGENS (2014) Andreas Jürgens:
[Kommentar zum] *Betreuungsrecht*. München: Beck ⁵2014.
- JURGELEIT/KIEß (2013) Peter Kieß:
„Kommentar zu §§ 1901 – 1904.“ In: Andreas Jurgeleit (Hrsg.): *Betreuungsrecht*. Baden-Baden: Nomos ³2013.
- KATZENMEIER (2009) Christian Katzenmeier:
„Verrechtlichung der Medizin.“ In: Klaus Bergdolt und Christian Katzenmeier (Hrsgg.): *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Heidelberg u.a.: Springer 2009, S. 45 – 59.
- KNITTEL (2012) Bernhard Knittel:
„Was hat sich seit Inkrafttreten des Gesetzes in der Rechtsprechung geändert?“ In: Gian Domenica Borasio; Hans-Joachim Heßler; Ralf Jox; Christoph Meier (Hrsgg.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 15 – 25.
- KUCKARTZ (2014) Udo Kuckartz:
Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa ²2014.
- KUSCHEL (2007) Amelia Kuschel:
Der ärztlich assistierte Suizid. Straftat oder Akt der Nächstenliebe? Göttingen: Peter Lang 2007.
- KUTZER (1994) Klaus Kutzer:
„Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe.“ In: *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1994 (Jg. 14), Heft 3, S. 110 – 114.

- KUTZER (2010) Klaus Kutzer:
„Ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung unter besonderer Berücksichtigung des neuen Patientenverfügungsgesetzes.“ In: *Medizinrecht* 2010 (Jg. 28), Heft 8, S. 531 – 533.
- LANG-WELZENBACH et al. (2008) Marga Lang-Welzenbach, Claus Rödel, Jochen Vollmann:
„Patientenverfügungen in der Radioonkologie: Einstellungen von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal.“ In: *Ethik in der Medizin* 2008 (Jg. 20), Heft 4, S. 300 – 312.
- LASSEN et al. (2013) Christoph Lassen; Reinhard Abel; Lars Eichler; York Zausig; Bernhard Graf; Christoph Wiese:
„Perioperative Betreuung von Palliativpatienten durch den Anästhesisten. Medizinische, psychosoziale und ethische Herausforderungen.“ In: *Der Anästhesist* 2013 (Jg. 62), Heft 8, S. 597 – 608.
- MAY (2005) Arnd May:
„Autonomie am Lebensende – Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz.“ In: *Ethik in der Medizin* 2005 (Jg. 17), Heft 2, S. 152 – 158.
- MAYRING (2007) Philipp Mayring:
Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz⁹2007.
- MÜKO/SCHWAB (2012) Dieter Schwab:
„Kommentar zu §§ 1896 – 1921.“ In: Franz Jürgen Säcker; Roland Rixecker (Hrsgg.): *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Band 8*. München: Beck⁶2012.
- NATIONALER ETHIKRAT (2005) Nationaler Ethikrat:
Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung. Berlin: Saladruck 2005; auch online verfügbar unter URL <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/patientenverfuegung-ein-instrument-der-selbstbestimmung.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- NICHOLAS et al. (2014) Lauren Nicholas; Julie Bynum; Theodore Iwashyna; David Weir; Kenneth Langa:
“Advance directives and nursing home stays associated with less aggressive end-of-life care for patients with severe dementia.” In: *Health Affairs* 2014 (Jg. 33), Heft 4, S. 667 – 674.

- ODUNCU/HOHENDORF (2011) Fuat Oduncu; Gerrit Hohendorf:
„Assistierter Suizid. Die ethische Verantwortung des Arztes.“ In:
Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (24): A 1362 – 1364.
- PALANDT/GÖTZ (2014) Isabell Götz:
„Kommentar zu §§ 1616 – 1921 [u.a.] BGB.“ In: Otto Palandt
(Begründer): *Bürgerliches Gesetzbuch mit Nebengesetzen, insbesondere mit
Einführungsgesetz (Auszug) einschließlich Rom I-, Rom II- und Rom III-
Verordnungen sowie Haager Unterhaltsprotokoll und EU-Erbrechtsverordnung,
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (Auszug), Wohn- und
Betreuungsvertragsgesetz, BGB-Informationspflichten-Verordnung,
Unterlassungsklagengesetz, Produkthaftungsgesetz, Erbbaurechtsgesetz,
Wohnungseigentumsgesetz, Versorgungsausgleichsgesetz,
Lebenspartnerschaftsgesetz, Gewaltschutzgesetz*. München: Beck ⁷³2014.
- PALLIATIVMEDIZIN (2010) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:
„Sterbehilfe-Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs vom 25.06.2010 –
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.“ In:
Zeitschrift für Palliativmedizin 2010 (Jg. 11), Heft 6, S. 272.
- PFIRSTINGER et al. (2014) Jochen Pfirstinger; Daniel Kattner, Matthias Edinger, Reinhard
Andreesen:
“The impact of a tumor diagnosis on patients’ attitudes toward advance
directives.” In: *Oncology* 2014 (Jg. 87), Heft 4, S. 246 – 256.
- PLATZER (2010) Johann Platzer:
Autonomie und Lebensende. Reichweite und Grenzen von Patientenverfügungen.
Würzburg: Königshausen & Neumann 2010.
- PRESSEMELDUNG BMJ (2004) Pressemeldung des Bundesministeriums der Justiz zum Entwurf eines
Referentenentwurfs für ein 3. Gesetz zur Änderung des
Betreuungsrechts vom 01.11.2004: „Eckpunkte zur Stärkung der
Patientenautonomie“ (05.11.2004).
URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bmj-pm-2004-11-05.pdf> [Zugriff zuletzt am 04.07.2014].
- QUAAS/ZUCK (2014) Michael Quaas; Rüdiger Zuck; Thomas Clemens:
Medizinrecht. München: Beck ³2014.

- RADBRUCH et al. (2007) Lukas Radbruch; Eberhard Klaschik; Friedemann Nauck; Raymond Voltz:
„Stellungnahme der Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin der Universitäten Aachen, Bonn, Göttingen und Köln zur gegenwärtigen Debatte über ein Gesetz zur Patientenverfügung (05.06.2007).“
URL <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2007/08/x0000125523.pdf> [Zugriff zuletzt am 04.07.2014].
- RAMM (2011) Walter Ramm:
Die Patientenverfügung. Abtsteinach: Verlag der Aktion Leben e.V. 2011.
- RAT DER EVANGELISCHEN KIRCHE IN DEUTSCHLAND (2007) Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland:
„Eckpunkte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland für eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen (22.06.2007).“
URL http://www.ekd.de/download/070706_eckpunkte_patientenverfuegung.pdf [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- SAHM et al. (2005) Stephan Sahm, Rainer Will, Gerhard Hommel:
“Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff.” In: *Journal of Medical Ethics* 2005 (Jg. 31), Heft 8, S. 437 – 440.
- SAHM (2006) Stephan Sahm:
Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Frankfurt am Main: Campus-Verlag 2006.
- SAHM (2009) Stephan Sahm:
„Stellungnahme.“ In: *Protokoll der 128. Sitzung des Rechtsausschusses: Öffentliche Anhörung der Sachverständigen zu den Gesetzesentwürfen am 4. März 2009*, S. 26 – 29. URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-ra-2009-03-04-wortprotokoll.pdf> [Zugriff zuletzt am 02.09.2014].
- SCHELL (2002) Werner Schell:
Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen. Hannover: Schlütersche 2002.
- SCHINDLER (2009) Thomas Schindler:
„Nach der gesetzlichen Regelung für Patientenverfügungen – Ist jetzt wirklich alles gut?“ In: *Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin* 2009 (Jg. 3), Heft 2, S. 16.

- SCHWEDLER (2010) Anna-Kathrin Schwedler:
Die ärztliche Therapiebegrenzung lebenserhaltender Maßnahmen auf Wunsch des Patienten. Ein Rechtsvergleich zwischen Deutschland und Frankreich unter besonderer Berücksichtigung des Patientenverfügungsgesetzes in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt am Main: Lang 2010.
- SCHWEDLER (2013) Anna-Kathrin Schwedler:
 „Die Einwilligung des Berechtigten in eine ärztliche Behandlung.“ In: Christian Katzenmeier; Franz-Josef Dahm (Hrsgg.): *Medizinrecht.* Heidelberg u.a.: Springer 2013 (Jg. 31), Heft 10, S. 652 – 655.
- SEICHTER (2010) Jürgen Seichter:
Einführung in das Betreuungsrecht. Heidelberg u.a.: Springer ⁴2010.
- SEWING (2008) Karl-Friedrich Sewing:
 „Patientenautonomie – ein leeres Wort?“ In: *GMS (German-Medical-Science)-Mitteilungen aus der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* 2008. URL <http://www.egms.de/en/journals/awmf/2008-5/awmf000151.shtml> [Zugriff zuletzt am 19.04.2013].
- SIMON (2010) Torsten Verrel; Alfred Simon:
Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte (Teil II). Freiburg/Brsg.: Karl Alber 2010.
- SPICKHOFF (2011) Andreas Spickhoff:
 [Kommentar zum] *Medizinrecht.* Beck: München 2011.
- SPIEKER (2005) Manfred Spieker:
 „Euthanasie – die tödlichen Fallen der Selbstbestimmung.“ In: Ders. (Hrsg.): *Der verleugnete Rechtsstaat. Anmerkungen zu einer Kultur des Todes in Europa.* Paderborn: Schöningh 2005, S. 47 – 61.
- STÜNKER et al. (2008) Joachim Stünker; Michael Kauch; Lukrezia Jochimsen und weitere Abgeordnete:
 „Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“:
 Bundestagsdrucksache 16/8442. URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-1608442-stuenker.pdf> [Zugriff zuletzt am 01.09.2014].

- STÜNKER (2012) Joachim Stünker:
„Das Gesetz zur Patientenverfügung und wie es dazu kam.“ In: Gian Domenico Borasio; Hans-Joachim Heßler; Ralf Jox; Christoph Meier (Hrsgg.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 9 – 14.
- SUPPORT STUDY GROUP (1995) The Support Principal Investigators:
“A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT).” In: *The Journal of the American Medical Association* 1995 (Jg. 274), Heft 20, S. 1591 – 1598.
- TAUPITZ (2000) Jochen Taupitz:
„Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag: Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?“ In: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg.): *Verhandlungen des Dreihundsechzigsten Deutschen Juristentages*, Band I. München: Beck 2000, A9 – A130.
- TENO et al. (1997) Joan Teno; Joanne Lynn; Neil Wenger; Alfred Connors; Russel Phillips; Donald Murphy; William Fulkerson; Norman Desbiens; William Knaus:
“Do advance directives provide instructions that direct care? SUPPORT Investigators. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment.” *Journal of the American Geriatrics Society* 1997 (Jg. 45), Heft 4, S. 508 – 512.
- TOLMEIN (2011) Oliver Tolmein:
„Patientenautonomie und Patientenverfügung – Das 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz in der anwaltlichen Praxis.“ In: Wolfram Höfling (Hrsg.): *Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis – eine erste kritische Zwischenbilanz*. Baden-Baden: Nomos 2011, S. 47 – 56.
- UHLENBRUCK (1978) Wilhelm Uhlenbruck:
„Der Patientenbrief – die privatautonome Gestaltung des Rechtes auf einen menschenwürdigen Tod.“ In: *Neue Juristische Wochenschrift* 1978 (Jg. 31), Heft 12, S. 566 – 570.

- ULSENHEIMER (2010) Klaus Ulsenheimer:
„Neue Regelung der Patientenverfügung. Welche Konsequenzen ergeben sich für die Praxis?“ In: *Der Anästhesist* 2010 (Jg. 59), Heft 2, S. 111 – 117.
- VANDERVOORT et al. (2014) An Vandervoort; Dirk Houttekier; Robert Vander Stichele; Jenny van der Steen; Lieve Van den Block:
“Quality of dying in nursing home residents dying with dementia: Does Advanced Care Planning matter? A nationwide postmortem study.” In: *PLOS ONE* 2014 (Jg. 9), Heft 3: DOI 10.1371/journal.pone.0091130 [Zugriff zuletzt am 08.09.2014].
- VERREL (1999) Torsten Verrel:
„Zivilrechtliche Vorsorge ist besser als strafrechtliche Kontrolle.“ In: *Medizinrecht* 1999 (Jg.17), Heft 12, S. 547 – 550.
- VERREL (2010) Torsten Verrel; Alfred Simon:
Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte (Teil I). Freiburg/Brsg.: Karl Alber 2010.
- ZÖLLER et al. (2008) Wolfgang Zöllner; Hans Georg Faust, Herta Däubler-Gmelin und weitere Abgeordnete:
„Klarstellung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen (Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz – PVVG)“:
Bundestagsdrucksache 16/11493.
URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/bundestag-1611493-zoeller.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].
- ZOLLITSCH/HUBER (2008) Robert Zollitsch; Wolfgang Huber:
„Brief des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz und des Vorsitzenden des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen.“
URL <http://www.ethikzentrum.de/downloads/ekd-dbk-pv-2008.pdf> [Zugriff zuletzt am 09.09.2014].

Literaturverzeichnis zur qualitativen Inhaltsanalyse

- ALZHEIMER-GESELLSCHAFT (2012) Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V.:
„Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz.“
In: *Empfehlungen der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V.* 2012.
URL <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen-Patientenverfuegung-20120213.pdf>,
S. 1 – 5 [Zugriff zuletzt am 23.07.2014].
- BAUER (2009a) Axel Bauer:
„Patientenverfügung: Ärzte sind Anwälte des Lebensrechts.“
(Leserbrief zu DÄ 40/2009: „Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis“ von Gian Domenico Borasio, Hans-Joachim Heßler und Urban Wiesing.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106 (47): A 2368.
- BAUER (2009b) Axel Bauer:
„Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende: Die Patientenverfügung als Patentlösung?“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009 (Jg. 55), Heft 2, S. 169 – 182.
- BAUER (2011) Axel Bauer:
„Zertifiziertes Sterben gibt es nicht.“ In: *Pflegezeitschrift* 2011 (Jg. 64), Heft 9, S. 518 – 522.
- BLEIDORN et al. (2011) Jutta Bleidorn; Katharina Klindworth; Sandra Krenz; Nils Schneider:
„Versorgung am Lebensende: Bedürfnis nach ‚sprechender Medizin‘.“
In: *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (22): A 1225 – 1226.
- BORASIO et al. (2009) Gian Domenico Borasio; Hans-Joachim Heßler; Urban Wiesing:
„Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106 (40): A 1952 – 1957.
- BORASIO (2011) Gian Domenico Borasio:
„Entscheidungen am Lebensende. Der Hausarzt spielt eine zentrale Rolle.“ In: *MMW – Fortschritte der Medizin* 2011 (Jg. 153), Heft 37, S. 28.

- BUBLAK (2013) Robert Bublak:
„Verzicht auf Reanimation. Per Patientenverfügung vorzeitig ins Grab?“ In: *springermedizin.de* (online publiziert am 13.02.2013): URL <http://www.springermedizin.de/per-patientenverfuegung-vorzeitig-ins-grab/4000358.html> [Zugriff zuletzt am 29.01.2014].
- DORSEL (2010) Doris Dorsel:
„Patientenverfügungsgesetz – Fluch oder Segen?“ In: *Westfälisches Ärzteblatt* 2010, Ausgabe 3, S. 8 – 11. URL <http://www.aekwl.de/fileadmin/aerzteblatt/pdf/waeb0310.pdf> [Zugriff zuletzt am 23.07.2014].
- DRIEHORST/KELLER (2014) Florian Driehorst; Frieder Keller:
„Patientenverfügung bei Patienten mit Nierenerkrankungen im Vergleich zu allgemein-internistischen Patienten.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2014 (Jg. 139), Heft 13, S. 633 – 637.
- DÜRK et al. (2011) Thorsten Dürk; Heidi Frey; Juliane Kracht; Angela Buchholz; Iris Tinsel; Klaus Böhme; Wilhelm Niebling:
„Partizipative Entscheidungsfindung bei der hausärztlichen Beratung zur Patientenverfügung – gewünschte und realisierte Beteiligung im Vergleich aus Patienten- und Arztperspektive (Kongreßbeitrag).“ In: *Forum Medizin* 21, 45. Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2011: DOI 10.3205/11fom150.
- EGIDI et al. (2012) Günther Egidi; Heinz-Harald Abholz; Jürgen in der Schmitten:
„Patientenverfügungen als IGeL-Leistung oder als Teil hausärztlicher Versorgung?“ In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2012 (Jg. 88), Heft 2, S. 87 – 93.
- EISING (2009) Ernst Eising:
„Protest überfällig.“ (Leserbrief zu DÄ 36/2009: „Alte und neue Regelungen: Patientenverfügungen werden verbindlich“ von Marlis Hübner.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106 (42): A 2090.
- FITTKAU-TÖNNESMANN (2012) Bernadette Fittkau-Tönnemann:
„Patientenverfügung. Keine Garantie.“ In: *Intensiv* 2012 (Jg. 20), Heft 1, S. 6 – 7.

- FRIEDRICH (2013) Bernd Friedrich:
„Die Bindungsstärke von Patientenverfügungen. Grenzen am Beispiel der formlosen Widerrufbarkeit.“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2013 (Jg. 59), Heft 4, S. 311 – 324.
- GEITNER (2011) Regina Geitner:
„Umfrage zu Patientenverfügungen: Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (10): A 520 – 522.
- GERTH et al. (2011) Mathias Gerth; Michael Mohr; Norbert Paul; Christian Werner:
„Präklinische Notfall-Patientenverfügung – eine Evaluation aus der Sicht des Hausarztes.“ In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2011 (Jg. 87), Heft 2, S. 72 – 77.
- GOCKEL (2011) Matthias Gockel (Leiter der Palliativstation im Helios-Klinikum Berlin-Buch) zitiert von Reinhold Schlitt: „Angst trifft auf Angst.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108 (18): A 993.
- GRAW et al. (2012) Jan Graw; Claudia Spies; Klaus-Dieter Wernecke; Jan-Peter Braun:
“Managing End-of-life-decision-Making in Intensive Care Medicine – A perspective from Charité Hospital, Germany.” In: *PLOS ONE* 2012 (Jg. 7), Heft 10. URL <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0046446> [Zugriff zuletzt am 22.07.2014].
- GRÖZINGER et al. (2011) Michael Grözingen; Dirk Olzen; Klaus Podoll; Frank Schneider:
„Patientenverfügungsgesetz. Konsequenzen für die Behandlung psychisch Kranker.“ In: *Der Nervenarzt* 2011 (Jg. 82), Heft 1, S.57 – 66.
- HARTOG et al. (2014) Christiane Hartog; Ilka Peschel; Daniel Schwarzkopf; Randall Curtis; Isabella Westermann; Björn Kabisch; Rüdiger Pfeifer; Albrecht Günther; Andrej Michalsen; Konrad Reinhart:
“Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensive care unit? A retrospective matched-cohort study.” In: *Journal of Critical Care* 2014 (Jg. 29), Heft 1: DOI 10.1016/j.jcrc.2013.08.024, S. 128 – 133.

- HEINZ/BORBÉ (2010) Andreas Heinz; Raoul Borbé:
„Behandlungsvereinbarungen aus therapeutischer Sicht.“ In: Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): *Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen bei psychischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2010, S. 45 – 48.
- HERRMANN/NEHEN (2014) Dirk Hermann; Hans-Georg Nehen:
„Patientenverfügung: Aktueller Lebenswille entscheidend.“ (Leserbrief zu DÄ 10/2014: „Patientenverfügungen bei Demenz: Der ‚natürliche Wille‘ und seine ethische Einordnung“ von Ralf Jox, Johann Ach und Bettina Schöne-Seifert.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (18): A 801 – 802.
- HOHENDORF (2014) Gerrit Hohendorf:
„Patientenverfügung: Nicht das Maß aller Dinge.“ (Leserbrief zu DÄ 10/2014: „Patientenverfügungen bei Demenz. Der ‚natürliche Wille‘ und seine ethische Herausforderung“ von Ralf Jox, Johann Ach und Bettina Schöne-Seifert.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (18): A 802.
- HOLTAPPELS (2009) Peter Holtappels:
„Drei Grundsätze für Palliativmediziner.“ (Leserbrief zu DÄ 36/2009: „Alte und neue Regelungen: Patientenverfügungen werden verbindlich“ von Marlies Hübner.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106 (42): A 2090.
- HOPPE (2010a) Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der Bundesärztekammer) zitiert von Eva Richter-Kuhlmann: „Ein Jahr Patientenverfügungsgesetz.“ In: *Deutsches Ärzteblatt-Dossier* 2010: Umgang mit Sterben, S. 22.
- HOPPE (2010b) Jörg-Dietrich Hoppe: „Patientenverfügungen – eine Stellungnahme aus ärztlicher Sicht.“ In: *Familie Partnerschaft Recht* 2010, Heft 6, S. 257 – 260.
- IN DER SCHMITTEN et al. (2011) Jürgen in der Schmitten; Stephan Rixen; Georg Marckmann (Teil 1) und Jürgen in der Schmitten; Sonja Rothärmel; Stephan Rixen; Achim Mortstiefer; Georg Marckmann (Teil 2):
„Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1 und 2).“ In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2011 (Jg. 14), Heft 6, S. 448 – 458 und 465 – 474.

- IN DER SCHMITTEN et al. (2014) Jürgen in der Schmitten; Katharina Lex; Christine Mellert; Sonja Rothärmel; Karl Wegscheider; Georg Marckmann:
„Patientenverfügungsprogramm – Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine interregional kontrollierte Interventionsstudie.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (4): A 50 – 57.
- IN DER SCHMITTEN/MARCKMANN (2013) Jürgen in der Schmitten; Georg Marckmann:
„Sackgasse Patientenverfügung.“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2013 (Jg. 59), Heft 3, S. 229 – 242.
- JAKOVLJEVIC (2011) Anna-Karina Jakovljevic (Psychiaterin, Universitätsmedizin Göttingen) auf dem DGPPN-Kongreß 2011. In: *InFo Neurologie & Psychiatrie* 2012 (Jg. 14), Heft 1, S. 58.
- JOX (2012a) Ralf Jox:
„Widerruf der Patientenverfügung und Umgang mit dem natürlichen Willen.“ In: Gian Domenico Borasio; Hans-Joachim Heßler; Ralf Jox; Christoph Meier (Hrsgg.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 129 – 139.
- JOX (2012b) Ralf Jox:
„Wie wird die Autonomie des Patienten am besten gewahrt? Letzte Entscheidungen bei Wachkoma und Demenz.“ In: *NeuroTransmitter* 2012 (Jg. 23), Heft 1, S. 44 – 47.
- JOX et al. (2012a) Ralf Jox; Eva Denke; Johannes Hamann; Rosmarie Mendel; Hans Förstl; Gian Domenico Borasio:
“Surrogate decision making for patients with end-stage dementia.” In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2012 (Jg. 27), Heft 10, S. 1045 – 1052
- JOX (2013) Ralf Jox:
„Die Patientenverfügung und ihre praktische Umsetzung in Deutschland.“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2013 (Jg. 59), Heft 4, S. 269 – 281.
- JOX et al. (2014) Ralf Jox; Johann Ach; Bettina Schöne-Seifert:
„Patientenverfügung bei Demenz. Der natürliche Wille und seine ethische Einordnung.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (10): A 394 – 396.

- KORSCH (2010) Eckhard Korsch (Pädiater und Mitglied des Klinischen Ethikkomitees der Kliniken der Stadt Köln) zitiert von Gisela Klinkhammer: „Patientenverfügungsgesetz. Die praktische Umsetzung – eine erste Zwischenbilanz.“ In: *Deutsches Ärzteblatt PP*, Heft 7, Juli 2010, S. 308 – 309.
- LANGER et al. (2013) Susan Langer; Jens-Uwe Knorr; Almuth Berg: „Umgang mit Patientenverfügungen. Probleme durch pauschale Formulierungen.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110 (46): A 2186 – 2188.
- LORENZ (2010) Gerhard Lorenz: „Klarstellung vermisst.“ (Leserbrief zu DÄ 18/2010: „Bekanntmachungen: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis.“) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107 (34-35): A 1634.
- LORENZ (2014) Rüdiger Lorenz: „Konflikt antizipieren.“ (Leserbrief zu DÄ 10/2014: „Patientenverfügungen bei Demenz. Der ‚natürliche Wille‘ und seine ethische Herausforderung.“ von Ralf Jox, Johann Ach und Bettina Schöne-Seifert.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111 (18): A 802.
- MAIER (2013) Wolfgang Maier: „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bringt Klarheit“ (Stellungnahme der DGPPN). In: *Der Nervenarzt* 2013 (Jg. 84), Heft 2, S. 245.
- MAIO (2010) Giovanni Maio: „Verfügen über das Unverfügbare? Die Patientenverfügung als unvollkommene Antwort auf die ethische Herausforderung des Sterbens.“ In: Ludger Honnefelder; Dieter Sturma (Hrsgg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Berlin: De Gruyter 2010, S. 211 – 220.
- MARCKMANN et al. (2010) Georg Marckmann; Georg Sandberger; Urban Wiesing: „Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Eine Handreichung für die Praxis auf der Grundlage der aktuellen Gesetzgebung.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2010 (Jg. 135), Heft 12, S. 570 – 574.

- MARCKMANN/IN DER SCHMITTEN (2013) Georg Marckmann; Jürgen in der Schmitten:
„Patientenverfügungen und Advance Care Planning: Internationale Erfahrungen.“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2013 (Jg. 59), Heft 3, S. 213 – 227.
- MAY/BROKMANN (2010) Arnd May; Jörg Brokmann:
„Medizinische und medizinethische Grundlagen der Vorsorgemöglichkeiten.“ In: *Der Anästhesist* 2010 (Jg. 59), Heft 2, S. 118 – 125.
- MEMM/ZEEH (2014) Kristin Memm; Joachim Zeeh:
„Jeder hat das Recht auf Leben – eine Pflicht zum Leben gibt es nicht.“ In: *MMW – Fortschritte der Medizin* 2014 (Jg. 156), Heft 6, S. 45 – 50.
- MENZEL et al. (2012) Matthias Menzel; Sabrina Furter; Andreas Rieger; Rolf Grote:
„Lebens-End-Entscheidungen im Rahmen der Intensivmedizin: Neue Aspekte nach der Gesetzesregelung zur Patientenverfügung von 2009 – aus medizinischer Sicht.“ In: *Intensiv- und Notfallbehandlung* 2012 (Jg. 37), Heft 2, S. 72 – 80.
- MÜLLER-BUSCH (2010) Christof Müller-Busch:
„Ärztliche Entscheidungen in Grenzsituationen. Patientenverfügungen als Instrumente des Dialogs.“ In: Ludger Honnefelder; Dieter Sturma (Hrsgg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Berlin: De Gruyter 2010, S. 193 – 209.
- MÜLLER/WALTER (2012) Sabine Müller; Henrik Walter:
„Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit, Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis – Vorschläge zur Verbesserung.“ In: *Der Nervenarzt* 2012 (Jg. 83), Heft 9, S. 1150 – 1155.
- PADBERG et al. (2014) Jan Padberg; Annette Esser; Lars Lomberg; Stefan Trzeczak:
„Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA (Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin).“ In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2014: DOI 10.1007/s10049-014-1909-9 (bisher nur online), S. 1 – 7 [Zugriff zuletzt am 24.07.2014].

- PESCHEL et al. (2012) Ilka Peschel; Daniel Schwarzkopf; Helga Skupin; Björin Kabisch; Niels Riedemann; Albrecht Günther; Rüdiger Pfeifer; Christiane Hartog:
„Patientenverfügungen und Therapie am Lebensende auf den Intensivstationen eines Universitätsklinikums – eine prospektive Beobachtungsstudie.“ Beitrag (EP/01/04) auf dem Kongreß der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2012. URL <http://www.online-divi.de/img/DIVI/content/abstracts2012.pdf> [Zugriff zuletzt am 24.07.2014].
- PFIRSTINGER et al. (2010) Jochen Pfirstinger; Daniel Kattner; Martin Vogelhuber:
(Kongreßbeitrag) „Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung bei onkologischen Patienten – wann und durch wen soll eine Beratung erfolgen?“ In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2010: DOI 10.1055/s-0030-1265402.
- PODOLL et al. (2010) Klaus Podoll; Michael Grözinger; Felix Böcker; Henning Saß; Jürgen Fritze; Frank Schneider:
„Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker: Rechtsgutachten und Stellungnahme der DGPPN.“ In: *Der Nervenarzt* 2010 (Jg. 81), Heft 5, S. 638 – 639.
- RÜDDEL/ZENZ (2011) Jessica Rüddel; Michael Zenz:
„Validierung einer Patientenverfügung.“ In: *Der Anästhesist* 2011 (Jg. 60), Heft 4, S. 325 – 333.
- SAHM/HILBIG (2013) Stephan Sahm; Joachim Hilbig:
„Nach dem Gesetz: Akzeptanz und Verbreitung von Patientenverfügungen bei Tumorkranken.“ In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2013 (Jg. 59), Heft 4, S. 283 – 295.
- SALOMON (2010) Fred Salomon:
„Das Patientenverfügungsgesetz 2009 – Chancen und Probleme für die ärztliche Praxis.“ In: Ludger Honnefelder; Dieter Sturma (Hrsgg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Berlin: De Gruyter 2010, S. 179 – 192.
- SAPPOK (2010) Hans-Ulrich Sappok:
„Viel zu tun.“ (Leserbrief zu DÄ 25/ 2010: „Patientenverfügungsgesetz: Die praktische Umsetzung – eine erste Zwischenbilanz“ von Gisela Klinkhammer.) In: *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107 (36): A 1702.

- SCHAIDER et al. (2013) Andreas Schaidler; Gian Domenico Borasio; Georg Marckmann; Ralf Jox:
„Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern.“ In: *Ethik in der Medizin* 2013; DOI 10.1007/s00481-013-0285-1, S. 1 – 15 [Zugriff zuletzt am 22.07.2014].
- SCHÖFFNER et al. (2012) Michael Schöffner; Kurt Schmidt; Udo Benzenhöfer; Stephan Sahm:
„Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012 (Jg. 137), Heft 10, S. 487 – 490.
- SLOTTA et al. (2013) Jan Slotta; Martin Schilling, Michael Ghadimi; Otto Kollmar:
„Patientenverfügungen – welchen Spielraum erlauben sie? Chirurgische Sicht auf ein komplexes medizinjuristisches Thema.“ In: *Zentralblatt Chirurgie*, online publiziert am 21.05.2013; DOI 10.1055/s-0032-1328354, S. 1 – 6 [Zugriff zuletzt am 14.07.2014].
- SOMMER et al. (2012) Sarah Sommer; Georg Marckmann; Michael Pentzek; Karl Wegscheider; Heinz-Harald Abholz; Jürgen in der Schmitt:
„Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege. Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109 (37): A 577 – 583.
- TRZECZAK (2013) Stefan Trzeciak:
„Ethische Kompetenz und praktische Erfahrung. Leitlinien oder Handlungsempfehlungen sind häufig für den Beginn therapeutischer Maßnahmen in der Notfallmedizin nicht praktikabel.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 110 (15): A 706 – 707.
- VAN OORSCHOT et al. (2012) Birgitt van Oorschot; Michael Schuler; Alfred Simon; Michael Flentje:
“Advance directives: prevalence and attitudes of cancer patients receiving radiotherapy.” In: *Supportive Care in Cancer* 2012 (Jg. 20), Heft 11, S. 2729 – 2736.
- VOLLMANN (2012) Jochen Vollmann:
„Patientenverfügungen von Menschen mit psychischen Störungen. Gültigkeit, Reichweite, Wirksamkeitsvoraussetzung und klinische Umsetzung.“ In: *Der Nervenarzt* 2012 (Jg. 83), Heft 1, S. 25 – 30.

- VOLLMANN (2014) Jochen Vollmann:
„Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis.“ In: *Der Nervenarzt* 2014 (Jg. 85), Heft 5, S. 614 – 620.
- WANDROWSKI et al. (2012) Jana Wandrowski; Tibor Schuster; Wolfgang Strube; Florian Steger:
„Medizinethische Kenntnisse und moralische Positionen von Ärztinnen und Ärzten aus Bayern.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109 (8): A 141 – 147.
- WIESE et al. (2011) Christoph Wiese; Utz Bartels; David Ruppert; Bernhard Graf; Gerd-Gunnar Hanekop:
“Prehospital emergency physicians’ experiences with advance directives in Germany: A questionnaire-based multicenter study.” In: *Minerva Anesthesiologica* 2011 (Jg. 77), Heft 2, S. 172 – 179.
- WIESING (2012) Urban Wiesing:
„Offene Fragen zur Patientenverfügung aus ethischer Sicht nach dem neuen Gesetz.“ In: Gian Domenico Borasio; Hans-Joachim Heßler; Ralf Jox; Christoph Meier (Hrsgg.): *Patientenverfügung. Das neue Gesetz in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 85 – 95.
- WIESING et al. (2010) Urban Wiesing; Ralf Jox; Hans-Joachim Heßler; Gian Domenico Borasio:
“A new law on advance directives in Germany.” In: *Journal of Medical Ethics* 2010 (Jg. 36), Heft 12, S. 779 – 783.
- WINKLER (2010) Eva Winkler:
„Die Bedeutung des neuen Patientenverfügungsgesetzes für die klinische Praxis.“ In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2010 (Jg. 135), Heft 12, S. 569.
- ZIEGLER (2011) Andrea Ziegler:
„Patientenverfügung – alles klar?“ In: *Heilberufe* 2011 (Jg. 63), Heft 9, S. 50 – 51.

Danksagung

Danken möchte ich an dieser Stelle ganz besonders meiner Frau für die ungezählten Stunden, in denen sie im Hintergrund alle großen und kleinen Dinge des Familienalltags besorgte. Erst durch ihre liebevolle Unterstützung war ich in die Lage versetzt, mich intensiv meiner Dissertation widmen zu können – mit vollem Recht darf sie sich ferner „Frau Doktor“ nennen...

Mein Dank gilt auch insbesondere Herrn Dr. Hartmut Bettin, der die Arbeit mit großer Sorgfalt begleitet und gegengelesen hat. Weiter danke ich Herrn Prof. Daniel Wolff sowie Herrn Prof. Thomas Bein für die Betreuung meiner Promotion. Für seine sachkundige Datenbankrecherche danke ich Herrn Dr. Helge Knüttel. Besonderer Dank gilt Frau Dr. Janina Curbach, die durch ihre Hilfestellung bei der Methodenarbeit meiner Dissertation erst Ziel und Form gegeben hat. Danken möchte ich auch Herrn Prof. Wolfgang Herr für die bereitwillige Gewährung einer „akademischen Elternzeit“, in der ich die Gelegenheit hatte, große Teile meiner Arbeit zu Papier zu bringen.

Ein großer Dank gebührt Herrn Benedikt Trost für seinen juristischen Rat und das überaus umsichtige finale Korrekturlesen. Weiter gilt mein Dank Herrn Dr. Michael Rechenmacher für seine Unterstützung in der Schlußphase der Fertigstellung meiner Arbeit.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname	Gelbrich, Thomas
E-Mail	thomas.gelbrich@klinik.uni-regensburg.de
Geburtsdatum und -ort	09.09.1978 in Dresden

Ausbildung/Beruf

05/2015	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
seit 02/2012	Assistenzarzt in der Klinik für Innere Medizin III (Hämatologie/Onkologie) am Universitätsklinikum Regensburg
11/2011	Approbation
2005 – 2011	Studium der Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt- Universität Greifswald
2005	Diplom in katholischer Theologie
2000 – 2005	Studium der katholischen Theologie
1999	Allgemeine Hochschulreife